



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

OLINDINA FERREIRA MELO

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
TIPO II, NA PERSPECTIVA DO PÚBLICO INFANTOJUVENIL**

FORTALEZA

2022

OLINDINA FERREIRA MELO

ANÁLISE DO ATENDIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
TIPO II, NA PERSPECTIVA DO PÚBLICO INFANTOJUVENIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Soares Gondim.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M486a Melo, Olindina Ferreira.

Análise do atendimento em Centro de Atenção Psicossocial do Tipo II, na perspectiva do público infantojuvenil / Olindina Ferreira Melo. – 2022.

126 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

1. Saúde Mental. 2. Centro de Atendimento Psicossocial. 3. Criança. 4. Adolescente. I. Título.

CDD 615

OLINDINA FERREIRA MELO

ANÁLISE DO ATENDIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
TIPO II, NA PERSPECTIVA DO PÚBLICO INFANTOJUVENIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Aprovada em ____/____/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Mirian Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr. Alúcio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Ana Cristina Silva Soares
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

Prof.^a Dra. Cinthia Mendonça Cavalcante
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao Espírito de Santo de Deus.

AGRADECIMENTOS

Ao Espírito Santo de Deus, pela sua infinita graça e misericórdia em minha vida.

À Prof.^a Dra. Ana Paula Soares Gondim, pela dedicação e confiança no processo de elaboração e execução da pesquisa.

À Prof.^a Dra. Ana Cristina Silva Soares, por compartilhar a vivência pedagógica, buscando refletir com a prática em saúde.

À Prof.^a Dra. Mirian Parente Monteiro e ao Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima, por aceitarem participar deste momento importante da pesquisa.

Ao William Rodrigues, pelo carinho e pela dedicação aos estudantes da Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Aos meus filhos, Evelyn Ferreira Melo Dias e Ricardo Ferreira de Chaves, pela motivação durante esses últimos cinco anos, assim como pela compreensão nos momentos de ausência.

À minha irmã, Wlândia Ferreira Melo, e ao seu esposo Douglas Ribeiro Garcia, por partilharem do seu lar comigo nas vindas à Fortaleza.

Aos meus pais, Manoel e Fátima, que sempre estiveram no apoio e na torcida nas realizações dos meus sonhos.

Estes foram os responsáveis pela concretização do sonho em ser Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará.

Muito obrigada!

“Tudo posso naquele que me fortalece”
(Felipenses 4:13).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal analisar o atendimento realizado no Centro de Atenção Psicossocial, na perspectiva do atendimento infantil, em Sobral, Ceará, Brasil. Os pressupostos metodológicos definidos incidiram em três momentos, sendo o primeiro e segundo momentos de caráter epidemiológico, observacional e descritivo sobre a população atendida, infraestrutura e serviços da farmácia. O terceiro momento foi sobre as características dos profissionais de saúde que atuam nesse centro no período de 2016 a 2019. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, local de residência, encaminhamento recebido e hipótese de diagnóstico, aspectos estruturais como sala de reunião, refeitório, almoxarifado, banheiro com vestuário para funcionários, Depósito de Material de Limpeza, sala de utilidades, área externa de convivência, área externa para embarque e abrigo de botijão de gás). O município possui 39 Centros de Saúde da Família, sendo 18 localizados na zona rural, 01 CAPS-Geral e 01 CAPS-AD. Os resultados obtidos foram identificados 1.942 atendimentos no período referido. Verificou-se que, em 2018, houve maior número de atendimento para o público em geral (adultos e idosos) (30,6%) e crianças (35,6%). Em 2019, houve maior registro de atendimento de adolescentes, com 33,5%. Na distribuição por ano, constatou-se que no ano de 2016, houve mais atendimentos de crianças (21,22%) e adolescentes (20,84%), ambos em setembro. Em relação ao território geopolítico de residência dos usuários, a maioria da população, crianças e adolescente residiam na zona urbana. A faixa etária das crianças que residiam na zona urbana era de 1-6 anos e adolescentes entre 13-15 anos. Quanto ao *status* dos prontuários das crianças, observou-se que 55,72% estavam como ativos e os prontuários dos adolescentes, 51,28% estavam como inativos. Ao identificar o desfecho do atendimento, percebeu-se que, tanto as crianças (50,70%) como adolescentes (50,98%) receberam encaminhamento para o centro de saúde da família. Na identificação da hipótese de diagnóstico, verificou-se registro de transtornos hipercinéticos para as crianças e depressão para os adolescentes. Quanto aos espaços físicos do centro, observou-se que não possuíam espaço lúdico para as crianças, sanitários para pessoas com necessidades especiais, sala de reunião, refeitório, almoxarifado, banheiro com vestuário para funcionários, depósito de material de limpeza, sala de utilidades, área externa de

convivência, para embarque e abrigo de botijão de gás. A infraestrutura da farmácia foi classificada como precária, embora a disponibilização dos medicamentos essenciais às crianças e aos adolescentes seja ótima e as condições de conservação e armazenamento dos medicamentos da farmácia seja satisfatória.

Palavras-chave: saúde mental; Centro de Atendimento Psicossocial; criança; adolescente.

ABSTRACT

The main objective of this study was to analyze the care provided at the Psychosocial Care Center, from the perspective of child care, in Sobral, Ceará, Brazil. The methodological assumptions defined focused on three moments, the first and second moments of epidemiological, observational and descriptive character about the population served, infrastructure and pharmacy services. The third moment was about the characteristics of health professionals who work in this center from 2016 to 2019. The following variables were analyzed: age, place of residence, referral received and diagnosis hypothesis, structural aspects such as meeting room, cafeteria, storeroom, bathroom with clothing for employees, Storage of Cleaning Material, utility room, outdoor living area , external area for boarding and shelter for gas cylinders). The municipality has 39 Family Health Centers, 18 of which are located in rural areas, 01 CAPS-General and 01 CAPS-AD. The results obtained were identified 1,942 attendances in the referred period. It was found that, in 2018, there was a greater number of services for the general public (adults and elderly) (30.6%) and children (35.6%). In 2019, there was a higher record of assistance to adolescents, with 33.5%. In the distribution by year, it was found that in 2016, there were more visits to children (21.22%) and adolescents (20.84%), both in September. Regarding the geopolitical territory of residence of users, most of the population, children and adolescents lived in the urban area. The age group of children residing in the urban area was 1-6 years old and adolescents between 13-15 years old. As for the status of the children's medical records, it was observed that 55.72% were active and the adolescents' medical records, 51.28% were inactive. When identifying the outcome of the care, it was noticed that both children (50.70%) and adolescents (50.98%) were referred to the family health center. In identifying the diagnostic hypothesis, there was a record of hyperkinetic disorders for children and depression for adolescents. As for the physical spaces of the center, it was observed that they did not have a play space for children, toilets for people with special needs, meeting room, cafeteria, storeroom, bathroom with clothing for employees, deposit of cleaning material, utility room, outdoor living area, for boarding and shelter for gas cylinders. The pharmacy's infrastructure was classified as precarious, although the availability of essential medicines to children and adolescents is excellent and the conditions of

conservation and storage of the pharmacy's medicines are satisfactory.

Keywords: Mental Health; Psychosocial Care Center; Child; Adolescent.

ISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modalidade dos CAPS e as especificidades quanto à estruturação.....	30
Figura 2 - Medicamentos recomendados para TDAH em consensos de especialistas	41
Figura 3 - Classificação dos antidepressivos quanto às subclasses, aos mecanismos de ação, aos efeitos, às indicações clínicas, farmacocinéticas, à toxicidade e às interações.....	44
Figura 4 - Fases de tratamento de episódios depressivos.....	45
Figura 5 - Configuração distrital do município de Sobral, Ceará.....	59
Gráfico 1 - Distribuição dos atendimentos por ano no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará.....	65
Gráfico 2 - Distribuição das admissões por mês, no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, 2016 -2019, Sobral, Ceará.....	66
Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais do CAPS II Damião Ximenes Lopes segundo vínculo com o serviço, Sobral, Ceará.....	73
Quadro 1 - Discussão sobre Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil.....	25
Quadro 2 - Atividades a serem realizadas nos espaços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com usuários e familiares.....	31
Quadro 3 - Critério diagnóstico de episódio depressivo, segundo o CID-10.....	43
Quadro 4 - Identificação da ação farmacológica dos fármacos que atuam no sistema nervoso central.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de registros de transtornos mentais, no período de 2011 a 2016, em Portugal.....	57
Tabela 2 - Comparação da quantidade de crianças, adolescentes e adultos atendidos, no CAPS do tipo II, considerando o território geopolítico de residência, 2016-2019, Sobral, Ceará.....	67
Tabela 3 - Caracterização do <i>status</i> dos prontuários e encaminhamentos das crianças e adolescentes atendidos no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral/CE.....	68
Tabela 4 - Caracterização do contato telefônico com os responsáveis das crianças e adolescentes atendidos no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará.....	69
Tabela 5 - Identificação do quantitativo de Hipótese de Diagnóstico (HD) por CID-10, notificada no atendimento a crianças e adolescentes no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará.....	70
Tabela 6 - Identificação das três Hipóteses de Diagnóstico por CID-10 notificadas no atendimento das crianças e adolescentes no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará.....	70
Tabela 7 - Distribuição dos serviços de farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes, em Sobral, Ceará.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CANMAT	Rede Canadense de Tratamentos de Humor e Ansiedade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Apoio Infantojuvenil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CDV	Centro de Documentação Virtual
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CSF	Centro de Saúde da Família
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DML	Depósito de Material de Limpeza
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia
ESP-VS	Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
FDA	<i>Foods and Drugs Administration</i>
GAM	Gerenciamento Autônomo do Medicamento
GMC	General Medical Council
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNE	Plano Nacional de Educação

PNPSM	Programa Nacional Para a Saúde Mental
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRM-P	Programa Residência Médica em Psiquiatria
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAPS	Rede de Atendimento Psicossocial
RASM	Rede de Atenção à Saúde Mental
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SNGPC	Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDM	Transtorno Depressivo Maior Unipolar
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TEA	Transtorno do Espectador do Autismo
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	22
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos.....	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 Saúde mental no Brasil.....	23
3.2 Transtornos mentais infantojuvenis.....	35
3.3 Farmacoterapia na pediatria.....	47
3.4 Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da saúde mental no Brasil e em outros países.....	53
4 METODOLOGIA.....	59
4.1 Desenho do estudo	59
4.2 Local da pesquisa e período	59
4.3 Registros/Participantes.....	60
4.3.1 Primeira fase – caracterização da população	60
4.3.2 Segunda fase: caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes.....	60
4.3.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral.....	60
4.4 Coletas dos dados	60
4.4.1 Primeira fase – caracterização da população	60
4.4.2 Segunda fase – caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes	61
4.4.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral.....	61
4.5 Critérios de inclusão, exclusão	62
4.5.1 Primeira fase – caracterização da população	62
4.5.2 Segunda fase – caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes	62

4.5.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II	
Damião Ximenes Lopes de Sobral	
.....	62
4.6 Plano de análise	63
4.6.1 Primeira fase – caracterização da população	63
4.6.2 Segunda fase – caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II	
Damião Ximenes Lopes	63
4.6.2.1 Sobre a infraestrutura da farmácia	63
4.6.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II	
Damião Ximenes Lopes de Sobral	
.....	64
4.7 Aspectos éticos	64
5 RESULTADOS	65
5.1 Caracterização da população atendida no CAPS II Damião Ximenes Lopes	65
5.2 Caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes	71
5.3 Caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral	72
6 DISCUSSÃO	74
7 CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE DOCUMENTOS	108
ANEXO A - CHECKLIST SOBRE A INFRAESTRUTURA DO CAPS II DAMIAO XIMENES LOPES	109
ANEXO B - CHECKLIST SOBRE A INFRAESTRUTURA DA FARMÁCIA DO CAPS II DAMIAO XIMENES LOPES	111
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	112
ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA	116
ANEXO E – RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO CAPS II DAMIÃO XIMENES LOPES, NO PERÍODO DA PESQUISA	118
ANEXO F- LISTA DE MEDICAMENTOS DO CAPS II DAMIÃO XIMENES LOPES	124
.....	

1 INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa é Saúde Mental Infantojuvenil Saúde Mental Infantojuvenil pensada no campo da Saúde Coletiva inserida na perspectiva das Ciências Farmacêuticas, no que diz respeito às condições de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial II, em município da zona norte do Ceará, Brasil.

O interesse surgiu a partir da vivência como preceptora de categoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Escola de Formação em Saúde da Família, no município do estudo, em que se percebeu a necessidade de se conhecer mais sobre a temática saúde atenção secundária à saúde. E, atualmente, como docente na graduação de Farmácia, a demanda de discussão acerca da elaboração de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil, já que esse público perpassa por práticas clínicas ainda não seguindo uma farmacoterapia segura, muitas vezes *off-label*.

Como hipótese relacionada ao objeto do estudo tem-se: no contexto real, o Centro de Atenção Psicossocial II Damião Ximenes Lopes está estruturado pelos pressupostos da legislação vigente quanto à estrutura física (instalações e recursos humanos), considerando o público infantojuvenil.

Nesse contexto, têm-se a seguinte reflexão: o Centro de Atenção Psicossocial II Damião Ximenes Lopes atende às necessidades de crianças e adolescentes acompanhados pela unidade de saúde?

Este projeto de tese traz como relevância política a identificação da Política Nacional de Saúde Mental, considerando a proposta de oferecer um serviço aberto, com base na comunidade e de livre circulação das pessoas com transtornos mentais, de modo a buscar a integralidade e continuidade do acompanhamento. Embora, atualmente, a saúde mental no Brasil esteja em processo de desconstrução das conquistas alcançadas, como redução dos leitos hospitalares, avaliação do atendimento hospitalar, residências terapêuticas, criação da Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM). Em contraponto, a Reforma Psiquiátrica tem-se a Portaria de n. 3588, de 21 de dezembro de 2017, que incentiva as atividades hospitalocêntricas, como inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS); aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos; não fechamento do leito com a desinstitucionalização do usuário crônico, ferindo o disposto nas Portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; aumento do número de

leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; elevação do número mínimo de quatro para oito leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio; e retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda (BRASIL, 2017a).

No cenário social, em um município da zona norte do estado, percebe-se a necessidade de ampliação da atenção sobre as condições ideais dos espaços de atendimento do CAPS II Damião Ximenes Lopes, como local de acolhimento para crianças e adolescentes, bem como, ou assim, local de trabalho adequado para os profissionais de saúde e usuários. Outro aspecto será a partir dos resultados alcançados pelo estudo o município dispor de dados sobre as necessidades de crianças e adolescentes e utilizá-los em discussões sobre atendimento humanizado, considerando especificidades, conseqüentemente, melhor qualidade de vida desse público e dos familiares.

O CAPS do tipo II foi nomeado como Damião Ximenes Lopes em consideração a morte desse paciente que foi a óbito em consequência do modelo asilar/manicomial na Casa de Repouso Guararapes em 1999 situada em Sobral (CE). Esse fato culminou na intervenção desta casa de repouso, assim como em processo internacional na Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2005. Após a intervenção e fechamento da Casa de Repouso Guararapes, o município de Sobral recebeu em 2002 do Ministério da Saúde a classificação de CAPS II e teve seus atendimentos ampliados, considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os serviços eram: atendimento individual de avaliação, medicamentoso, psicoterápico, de atenção e familiar; manutenção de grupos de crianças, pais educadores, psiquiatria, queixas difusas, familiares e geração de renda; realização de visitas domiciliares; Realização de atividades comunitárias que visam à inclusão social do portador de transtorno mental e a desestigmatização; desenvolvimento de ações intersetoriais com as áreas da justiça, assistência social, habilitação, educação e desenvolvimento econômico; manutenção de grupos de convivência onde são atendidos os pacientes intensivos por equipe multidisciplinar, oferecendo atividades expressivas, lúdicas, esporte, arte, cuidados pessoais, cidadania,

abordagem acerca do transtorno mental enfocando a importância do tratamento (PONTES, 2005).

Como relevância científica, tem-se a identificação das necessidades reais sobre a estrutura física e funcional do serviço de saúde mental, auxiliando no planejamento das ações relacionadas à estruturação de um Centro de Apoio Infantojuvenil (CAPSi) e, conseqüentemente, o subsídio para as tomadas de decisões dos gestores. Ressalta-se que o município apresenta o número de habitantes adequado para estruturação de um CAPSi, ou seja, população estimada, em 2021, em 212.437 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). Ademais, fornecer dados quantitativos sobre o atendimento de crianças e adolescentes poderá contribuir na estruturação de um CAPSi.

Com a estruturação de um CAPSi, serão atendidos casos de maior gravidade e organizar-se-á demanda em saúde mental infantojuvenil no território do estudo, sendo prioritários crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos, como psicóticos, neuróticos graves, autistas e que fazem uso de substâncias psicoativas (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

Como estratégia de intervenção, tem-se a atuação do farmacêutico, no que diz respeito à prática clínica, pelas atribuições clínicas respaldadas na Resolução de nº 585/13 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). Assim como na gestão técnica, considerando o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica que abrange seleção, programação aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos.

O município de Sobral possui o número de habitantes enquadrado nas exigências para implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil acima de 200.000 habitantes, assim como uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) articulada com os três níveis de atenção à saúde e demais setores envolvidos no atendimento integral das necessidades dos usuários.

Sobral apresenta uma RAISM organizada que considera a intersetorialidade, taxa de 100% de cobertura na Atenção Primária à Saúde, com a Estratégia Saúde da Família, e articulada com ensino em serviço, por meio das Residências Uni e multiprofissionais. Possui duas Residências Médicas: Psiquiatria e Saúde da Família; e duas Residências Multiprofissionais: uma de Saúde Mental e outra Saúde da Família.

Como justificativa da pesquisa, têm-se a necessidade de compreender como crianças e adolescentes são atendidos do CAPS II Damião Ximenes Lopes, considerando as especificidades desse público. Pois, Moreira, Torrenté e Jucá (2018) trazem, em estudo sobre acolhimento em CAPSi, a necessidade de discutir particularidades quanto à designação “gravidade”, nos processos de sofrimento psíquico de crianças e adolescentes que são distintos dos adultos, assim como de considerar o impacto desse sofrimento no desenvolvimento futuro destes.

Teixeira, Couto e Delgado (2017) ressaltam que o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes trazem desafios para trabalhadores e gestores desse setor, no que diz respeito à consolidação da política, organização dos serviços, prática profissional, manejo dos casos no dia a dia e articulação do diálogo entre os atores envolvidos na integralidade da atenção.

Outra necessidade que justifica o estudo são as condições de estrutura física e funcional do CAPS que presta atendimento a crianças e adolescentes. Assim, surgem os espaços físicos, como farmácia, acolhimento e demais. Ressalta-se que este setor é referência para a saúde mental no atendimento e tratamento de crises de urgência, com uso de medicamentos inserido no plano terapêutico. O uso dos medicamentos nestes centros requer organização do serviço de Assistência Farmacêutica, no que tange à gestão técnica e clínica do medicamento.

Na prática farmacêutica do contexto no CAPS, tem-se o farmacêutico como profissional de primeiro contato com os usuários, ao atuar como elemento de ligação com os demais profissionais de saúde, participando do processo de adesão terapêutica medicamentosa e do cuidado à saúde mental (SILVA; LIMA, 2017).

Estudo realizado por Silva, Lima e Ruas (2018) que teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários de 11 CAPS situados em uma região de Minas Gerais demonstrou que havia desconhecimento da terapia medicamentosa, sendo necessária a participação do usuário no projeto terapêutico e empoderando-se sobre a terapia. Nesse caso, sugeriu-se gerenciamento de terapia, Gerenciamento Autônomo do Medicamento (GAM), em que o usuário compreende os efeitos e as funções dos medicamentos prescritos, gerando empoderamento diante da situação clínica.

Este estudo teve como objetivo principal o atendimento realizado no CAPS II Damião Ximenes Lopes, na perspectiva do atendimento infantil, em município da zona norte do estado. E, como objetivos secundários: caracterizar a

população atendida por esse serviço de saúde mental quanto à idade, ao local de residência, encaminhamento recebido e à hipótese de diagnóstico; descrever a infraestrutura e farmácia do serviço; e analisar os conhecimentos e as atitudes dos profissionais atuantes no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral acerca do atendimento e da estrutura ofertados aos usuários do serviço.

A tese se encontra dividida em seis seções: na primeira, aborda-se a introdução; na sequência, apresentam-se os objetivos geral e específicos; na terceira seção, tem-se o marco teórico sobre tema, apresentando a saúde mental no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, do desenvolvimento infantojuvenil, dos transtornos mentais na infância, da farmacoterapia na pediatria e dos protocolos clínicos na saúde mental no Brasil e em outros países. Na quarta seção, expõe-se o percurso metodológico, com as etapas de execução da pesquisa, cujos resultados parciais estão sintetizados na quinta seção, com a caracterização da população atendida CAPS II Damião Ximenes Lopes, além da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes e caracterização dos profissionais de saúde que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes. No tópico seguinte, sexta seção, tem-se a discussão dos resultados. A última seção mostra-se a conclusão do estudo realizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o atendimento realizado no CAPS II Damião Ximenes Lopes, na perspectiva do atendimento infantojuvenil, em Sobral-CE, Brasil.

2.2 Específicos

- Caracterizar o atendimento no CAPS II, no período de 2016-2019, considerando idade, localização da residência dos usuários, hipótese de diagnóstico, encaminhamento dos usuários para outros serviços e quantidade de atendimento por mês/ano;
- Descrever as situações de abandono de acompanhamento de crianças de adolescentes no CAPS II quanto à idade, à localização da residência, número de atendimentos, motivo do abandono e às hipóteses de diagnóstico;
- Comparar os aspectos relacionados à infraestrutura do CAPS II, de acordo com as orientações contidas na legislação vigente;
- Comparar os aspectos relacionados à infraestrutura da Farmácia do CAPS II considerando as orientações contidas na legislação vigente sobre a Assistência Farmacêutica;
- Caracterizar os profissionais de saúde que atuam no CAPS II quanto à categoria profissional e vínculo profissional;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde mental no Brasil

No Brasil, a assistência psiquiátrica surgiu em meados do século XIX, fundamentada nas experiências da Europa e, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro que recebeu o nome de Hospício Pedro II, trazendo o significado de hospício como estabelecimento onde ocorre hospedagem e/ou tratamento gratuitos a pessoas pobres ou doentes; asilo, abrigo (SILVA, 2019). Por isso, surgiu o modelo hospitalocêntrico.

Durante o período republicano, o Hospício Pedro II da Santa Casa de Misericórdia foi designado a Hospício Nacional dos Alienados, desvinculando o caráter de caridade e assistencialista. Nessa mesma perspectiva, surgiram as colônias agrícolas como forma de segregar os indivíduos portadores de transtornos mentais do convívio familiar e social, mas sem êxito, devido à desconexão com o movimento industrial e urbanista existente no período.

Em 1923, houve a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), também, no Rio de Janeiro, favorecendo o surgimento do Movimento de Higiene Mental com caráter “eugenista, antiliberal, moralista e xenofóbico”. Esse movimento trouxe a perspectiva da cura da raça como fisiopatologia da loucura (ALMEIDA; MELO, 2020).

No período de regime militar, na década de 1960, a saúde mental passou a ser privatizada pelo Estado e, em paralelo, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual realizava a assistência psiquiátrica aos trabalhadores e dependentes. Igualmente, houve aumento de leitos destinados à psiquiatria em serviços privados e ampliação da designação das doenças mentais, inserindo o alcoolismo como tal (ROSA, 2008).

Nos meados dos anos de 1970, o Brasil passou pela Reforma Psiquiátrica e, em paralelo, o Movimento Sanitarista no contexto da saúde e, conseqüentemente, ocorreram mudanças no cenário nacional, os quais foram deflagrados a partir dos movimentos sociais. Esta reforma trouxe discussão sobre o lugar social do sujeito com transtorno psiquiátrico, assim como o processo de redemocratização dos espaços sociais inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) (MELO, 2012). De acordo com César, Coelho (2017), os atores sociais envolvidos na Reforma

Psiquiátrica foram: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), importante ator político; Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a participação de alguns atores críticos à composição da psiquiatria clássica no campo da saúde mental; e as associações de usuários familiares em saúde mental, que representam o controle social nesse campo.

A Reforma Psiquiátrica (RP) surgiu na Europa (Itália e França) e nas Américas, após a Segunda Mundial, em um contexto social, político e econômico desfavorável às mudanças, mas condizentes com as vidas das pessoas, promovendo liberdade quanto às opressões e aos cárceres. Esse movimento internacional simboliza lutas em busca de mudanças na assistência psiquiátrica, buscando romper barreiras políticas e trazer concepções humanizadas acerca do cuidado (SILVA, 2020).

As mudanças da RP produziram autonomia e reinserção social, com transformações culturais que consideram as diferenças e a disponibilidade de outro lugar de cuidado para a loucura. Porém, essas mudanças trouxeram a preocupação de outros setores quanto ao poder mercantilista e privatistas, agregados ao modelo hospitalocêntrico, como a indústria farmacêutica que lucra com a medicalização e medicamentação da loucura (NUNES *et al.*, 2019).

No Brasil, a RP assume resignação de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e teve início entre as décadas de 1980 e 1990, apresentando influência da Psiquiatria Democrática Italiana (SILVA, 2019). Em 1988, teve-se a promulgação da Constituição Brasileira que traz mudanças quanto ao sistema nacional de saúde que deixa os laços de privatização e assume como princípios éticos a universalidade, equidade, integralidade. E, como princípios organizativos, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas em articulação com a Atenção Básica, pela convergência de princípios entre elas. Mas, para que a saúde mental seja concretizada na Atenção Básica, é preciso que os princípios do SUS se tornem práticas cotidianas (SINIBALDI, 2013).

A saúde mental teve como estratégia de organização no atendimento especializado a Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço ambulatorial de atenção diária que deve funcionar segundo a lógica do território e independente de qualquer estrutura

hospitalar, contempla a criação do Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), mas foi, em 2004, que se criou o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil constituído pela Portaria de n. 1.608, de 3 de agosto de 2004, para debater e deliberar sobre a questão da institucionalização de crianças e adolescentes, particularmente daquelas portadoras de transtornos psíquicos (BRASIL, 2005). Porém, após 18 anos do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil e ainda sem uma política com esse público que se encontra em invisibilidade.

No Quadro 1 têm-se as ações realizadas de forma cronológica sobre discussão da Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil:

Quadro 1 – Discussão sobre Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil.

LEGISLAÇÃO	OBJETIVO/TEMA	RECOMENDAÇÕES
Recomendação n° 1/2005 do fórum nacional de saúde mental infantojuvenil	Debate e deliberação sobre a questão da institucionalização de crianças e adolescentes, particularmente daqueles portadores de transtornos psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • implementação imediata de ações que visem à reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, sejam no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça, por intermédio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Da criação de serviços de base territorial (CAPSi, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial); 2. Da reestruturação de toda a rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental; 3. Do fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares; 4. Da articulação corresponsável entre os diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial; • Promoção de um diálogo permanente e conseqüente com os operadores do direito no sentido de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental. • Consideração das diferenças étnico-raciais tanto na análise dos

		<p>fatores de institucionalização quanto no processo de reversão deste quadro, nele incluindo a questão da acessibilidade à rede de atenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de estudos e pesquisas de caráter científico concernentes às razões determinantes e aos efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes. • Construção de dados qualificados relacionados às condições clínicas e psicossociais da população institucionalizada, por intermédio de censos populacionais e do mapeamento das instituições governamentais, não governamentais e filantrópicas (federais, estaduais e/ou municipais) para subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização. • Tomada de responsabilidade com ações imediatas por parte dos gestores municipais, estaduais e federal, no sentido de garantir, em cada localidade do território nacional, a implementação do conjunto das recomendações que compõe este documento.
<p>Recomendação nº 2/2005 do fórum nacional de Saúde Mental Infantojuvenil</p>	<p>“A articulação dos campos da saúde e do direito nas políticas e nas práticas públicas de atenção à infância e à adolescência”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de um projeto-piloto que possa subsidiar a construção de redes de apoio e atenção em saúde mental para adolescentes e jovens em situação de privação de liberdade. O projeto-piloto deve identificar o fluxo de assistência e proteção a esse público e, a partir daí propor saídas para os desafios existentes na área. • Elaboração de um documento analítico sobre os conselhos tutelares que possibilite visualizar um diagnóstico do atendimento e do encaminhamento dado por eles às crianças, aos adolescentes e aos seus familiares que sofram de transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além disso, a análise deve levantar os

		<p>documentos e as diretrizes dirigidas aos conselhos tutelares que possam subsidiar o fórum. O documento final deste estudo fornecerá elementos para a elaboração de recomendações aos conselhos tutelares, após aprovação pelo conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente (CONANDA).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento do compromisso público assumido por este fórum em se posicionar contrário a todo e qualquer projeto de lei ou proposta de emenda constitucional que pretenda reduzir ou mesmo suprimir a idade de maioridade penal, confirmando, assim, o caráter fundamental do direito individual assegurado no art. 228 da constituição da república de 1988. • Repúdio público a todo e qualquer projeto de lei que pretenda atribuir ou imputar responsabilidade penal a crianças e adolescentes, no mais das vezes utilizando-se de artifícios legislativos para o “combate à violência, ao crime organizado e à crescente onda de criminalidade”.
<p>Recomendação nº 3/2006 do fórum nacional de Saúde Mental Infantojuvenil</p>	<p>Retorno ao diálogo com os operadores do campo do direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver pesquisas científicas na área da saúde mental infantojuvenil, com permanente avaliação crítica em termos éticos e metodológicos, evitando a patologização de problemas sociais complexos. • Garantir maior engajamento e compromisso dos gestores estaduais e municipais de diversos setores (saúde, assistência, educação, cultura) no desenvolvimento da política de saúde mental infantojuvenil. • Realizar um projeto-piloto na cidade do rio de janeiro em parceria com organizações da sociedade civil, tais como a CUFA e o observatório de

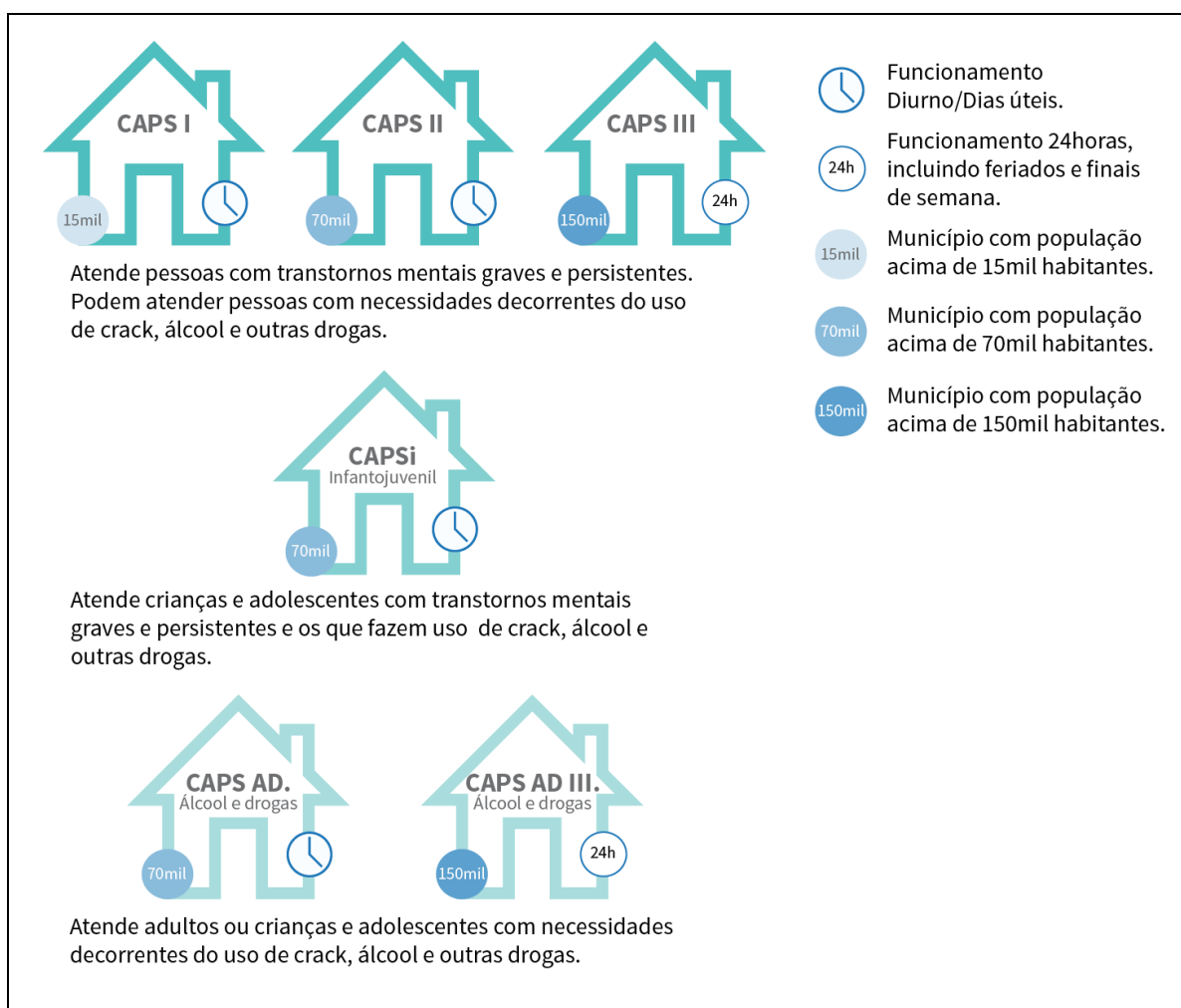
		<p>favelas, com o objetivo de desenvolver ações de saúde mental na comunidade, partindo de suas próprias práticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criar um grupo de trabalho intersetorial para o acompanhamento sistemático do processo de implantação e qualificação dos CAPSi no território nacional, tendo como uma de suas atividades a elaboração de um instrumento de avaliação permanente desses serviços (conforme a seguinte declaração).
VI Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil - Brasília - 2006	Pactuação de um conjunto de diretrizes que deverão nortear o trabalho em todo território nacional, visando à consolidação da rede pública ampliada de saúde mental para a atenção e o tratamento de crianças e adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Organização e expansão da rede de cuidados. • Formação e qualificação de recursos humanos. • Estratégias de gestão. • Política de financiamento. • Produção de conhecimento, informação qualificada e difusão da política de saúde mental.
VII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Rio de Janeiro - 2007	“Rede de cuidados na perspectiva da intersectorialidade”.	<ul style="list-style-type: none"> • Rede intersectorial e o seu agenciamento. • Diferentes planos da ação intersectorial: <ol style="list-style-type: none"> 1. A saúde mental e a educação inclusiva. 2. Saúde mental e assistência social – abrigos. 3. Saúde mental, assistência social e justiça – sistema de medidas socioeducativas. 4. Saúde mental e atenção básica. 5. O uso abusivo de álcool e outras drogas: uma questão intersectorial. 6. Intersectorialidade nas internações psiquiátricas. 7. Formação permanente e supervisão.

VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Brasília - 2009	“Álcool e outras drogas: atenção integral e inclusão”	A reunião pautou-se por três grandes eixos de discussão: <ul style="list-style-type: none"> • Eixo I – diretrizes gerais: pressupostos éticos e políticos; • Eixo II – como organizar a rede pública ampliada para garantir a atenção adequada? • Eixo III – sistema socioeducativo, saúde mental, álcool e outras drogas
IX Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil –Brasília - 2012	“Desafios para o campo da infância e juventude no âmbito da Rede de Atenção psicossocial (RAPS)”	Buscou qualificar o debate sobre a RAPS e seus pontos de atenção, formular caminhos para a ampliação do acesso de crianças, adolescentes e jovens e qualificar a interface com o sistema de garantia de direitos e o protagonismo juvenil. Dentre os temas debatidos tiveram destaque ainda questões relacionadas ao uso indiscriminado de psicofármacos, autismo e a preocupação com os processos de institucionalização do público infantojuvenil com demandas relacionadas ao uso de drogas. A previsão que, no ano de 2013, aconteçam fóruns descentralizados, contemplando as cinco regiões do Brasil, anteriores ao fórum nacional, que será realizado em novembro de 2013.

Fonte: Brasil, 2014c.

As modalidades dos CAPS seguem critérios segundo a Portaria de n. 366 de 2002, conforme Figura 1.

Figura 1 - Modalidade dos CAPS e as especificidades quanto à estruturação.



Fonte: *Google imagens.*

A PNSM tem defendido, nas últimas décadas, a necessidade de abordagem dos familiares de usuários com sofrimento ou transtorno mental, atendidos pelas equipes de saúde, sobretudo, com a publicação da Portaria n. 3.088/2011 que estabelece a configuração dos serviços da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2011c).

A Portaria n. 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é constituída pelas seguintes instituições, considerando os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011c):

- I. Atenção básica em saúde.
- II. Atenção psicossocial especializada.
- III. Atenção de urgência e emergência.
- IV. Atenção residencial de caráter transitório.
- V. Atenção hospitalar.
- VI. Estratégias de desinstitucionalização.
- VII. Reabilitação psicossocial.

Com estratégia de cuidado no CAPS, tem-se a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que envolve a equipe multiprofissional, o usuário e a família. Este deverá considerar, na elaboração, a história dos usuários, os projetos e a vida diária. O direcionamento e o acompanhamento do PTS estão sob responsabilidade dos profissionais do CAPS, assim como da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da cogestão e acompanhamento contínuo do caso (BRASIL, 2011c).

As atividades dos CAPS poderão ser realizadas no espaço do serviço, inserindo as redes de apoio social com saberes e recursos do território do usuário. Essas atividades acontecerão em coletivo, grupos, individuais, com as famílias e comunitárias, considerando os contextos reais de vida dos usuários, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades a serem realizadas nos espaços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com usuários e familiares.

Atividades	Contextos
Acolhimento inicial	Primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
Acolhimento diurno e/ou noturno	Ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS, como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
Atendimento individual	Atenção direcionada aos usuários, visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o

Atividades	Contextos
	cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.
Atenção às situações de crise	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e à família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
Atendimento em grupo	Ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.
Práticas corporais	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
Práticas expressivas e comunicativas	Estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.
Atendimento para a família	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e das respectivas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e informações. Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de familiares, para compreensão do contexto e das relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.
Ações de reabilitação psicossocial.	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares	Atividades que fomentem: a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços,

Atividades	Contextos
	participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e promoção de protagonismo de usuários e familiares.
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência	Apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental, por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
Ações de redução de danos	Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos, realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.
Acompanhamento de serviço residencial terapêutico	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção, com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.
Apoio ao serviço residencial de caráter transitório	Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção, com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.
Promoção de contratualidade	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para criação de novos campos de negociação e diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e da autonomia.

Nesse contexto, o CAPSi segue os princípios do SUS, com a função de prover atenção em saúde mental, baseada na integralidade do cuidado. Este tipo de CAPS foi planejado, inicialmente, para as cidades com 200.000 habitantes ou mais, com a finalidade de atender a casos de maior gravidade, conforme deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, e ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil, no território de abrangência (BRASIL, 2002a).

O CAPSi deverá ser composto por equipes multiprofissionais, contendo, no mínimo, um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio. Os CAPSi devem se responsabilizar pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e das famílias, em regimes diferenciados de tratamento, segundo as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo elenco diversificado de atividades terapêuticas (BRASIL, 2002b).

Para Arce, Sousa e Lima (2011), a Estratégia Saúde da Família pode contribuir decisivamente na construção da atenção psicossocial ao usuário com sofrimento ou transtorno mental, uma vez que o cuidado integral, em parceria com a família, reflete a proposta de desinstitucionalização e territorialização do cuidado em saúde mental.

Couto, Duarte e Delgado (2008) acrescentam que é evidente a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela e está presente em nações de todas as regiões do mundo. Ressaltam que as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços, têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil.

Por conseguinte, percebe-se a inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente, devido à variada tipologia dos problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o

autismo), até outros ligados a fenômenos de externalização (como transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, e demais. Assim como a sintomatologia, havendo considerável variação no período de incidência - alguns transtornos eclodem na infância e outros apenas na adolescência -, e nos tipos de prejuízos relacionados, adicionando complexidade à avaliação diagnóstica e situacional.

Melo (2012) destaca que a saúde mental no Brasil vem sofrendo alguns ataques no decorrer do processo, em razão da conjuntura de desmobilização dos movimentos sociais, assim como do movimento geral da luta dos trabalhadores, uma vez que vem apresentando, ao longo dos últimos anos, um recuo que nos mostra frágil articulação política e de mobilização social em torno da bandeira de luta pela saúde pública.

Como panorama político atual da saúde mental no Brasil, tem-se o retrocesso, com a Resolução de n. 32 de dezembro de 2017 que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, em que há incentivo financeiro maior para o aumento de leitos psiquiátricos, intensificação da porcentagem até 20% de capacidade hospitalar para alas psiquiátricas, retorno dos ambulatórios especializados e ampliação de comunidades terapêuticas credenciadas (de 4 mil para 20 mil).

Paulo Amarante (2018) afirma, em entrevista ao Observatório de Análise e Política em Saúde (OAPS)/Centro de Documentação Virtual (CDV) que essa resolução foi elaborada a portas fechadas, desconsiderando a participação social, o controle social e a Constituição, assim como as leis e a regulamentação do SUS. Essa resolução volta a privilegiar o modelo manicomial, considerando o incentivo financeiro aos hospitais, favorecendo a indústria da loucura que perdeu 60 mil leito no país, substituídos de forma insuficiente por Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e outros recursos.

3.2 Transtornos mentais infantojuvenis

O período da infância é considerado determinante na vida de qualquer indivíduo e tudo o que acontece nela adquire papel fundamental na formação do futuro adulto, pois é marcada por importante desenvolvimento físico, intelectual e emocional (SINIBALBI, 2013).

Sobre o conceito de infância dentro do contexto de saúde mental é necessário compreender e reconhecer a construção social da infância na perspectiva da conquista dos direitos quanto à educação, assistência e saúde. Pois, historicamente, essa criança sempre assumiu a posição de dependência do cuidado do outro e incapaz de desenvolver-se sozinha; não havia distinção entre o mundo adulto e o mundo infantil; e que essa criança era capaz de realizar atividades sem auxílio da mãe ou cuidadora fazendo as mesmas atividades e assumindo as mesmas responsabilidades dos adultos, inclusive, vestindo-se de forma semelhante. Mas, é compreensível que haja essa deturpação da compreensão de infância considerando o significado da palavra infância, que vem do latim *infantia* ou *enfante* aquele que não fala, que ainda não foi alcançado pela linguagem, remete ao modo como as crianças eram criadas: desconsideradas em suas especificidades e sem valor para sociedade da época. A criança era vista como propriedade do adulto; só passava a existir quando podia se misturar e participar da vida adulta (SILVA et al., 2017).

Para a Organização Mundial da Saúde, a adolescência começa aos 10 anos e finaliza aos 19 anos, sendo dividida em: pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência (15 aos 18 anos) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). No Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência inicia aos doze anos e finaliza aos dezoito anos.

A Saúde Mental Infatojuvenil traz seu percurso político com poucas conquistas considerando os avanços nessa perspectiva. Esses avanços advieram com o processo de redemocratização das políticas públicas, principalmente, com a Constituição de 1988 que garante à condição de cidadã as crianças e adolescentes.

Na perspectiva do desenvolvimento infantil, têm-se como legislação vigente no Brasil a Constituição de 1988, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Plano Nacional de Educação (PNE), os quais se complementam, porém, é preciso cobrar dos governantes a implementação adequada destes, além de criar cultura de participação capaz de fazer com que a sociedade exija o cumprimento integral de ambas as leis (CARA, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069/90, de 13/07/1990, traz a concepção da doutrina da proteção integral que expressa notável avanço democrático, ao regulamentar as conquistas relativas aos direitos de crianças e adolescentes, sendo elo entre a Constituição Federal (consubstanciadas

no Artigo 227) e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989. Desta forma, desconstrói-se o conceito de “menor”, construído socialmente no século XX, em que as crianças eram tratadas de forma preconceituosa e com distinção de classe social, assim como permitiu a visibilidade da situação infantojuvenil, negando a condição de criança como objeto, para a legitimação de criança e adolescente como sujeito de direitos, numa tentativa de assegurar o cuidado e a singularidade dessa fase (GODOTI, 2015).

No ECA, têm-se o valor intrínseco da criança como ser humano; a necessidade de especial respeito à condição de sujeito dos direitos; o valor prospectivo da infância e da juventude, como portadoras da continuidade do povo, da família e da espécie humana; e o dever do Estado, da Sociedade em geral, da comunidade e da família de reconhecerem a condição peculiar de desenvolvimento. Por isso, deve-se assegurar todas as condições para o pleno desenvolvimento (PINI, 2015).

No setor da saúde, têm-se como discussão sobre a saúde das crianças uma nuance com a educação, no que diz respeito à medicalização, trazendo o diálogo com os modelos tradicionais de atuação profissional em saúde e educação, sendo alvo de críticas que não somente revelam os equívocos e as ideologias que perpassam os encontros entre as duas áreas, como abrem espaço para construção de práticas alternativas as que historicamente se constituíram como hegemônicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

De acordo Moysés e Collares (2013), medicalização é o processo por meio do qual as questões da vida social – complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo.

Pode-se afirmar que os processos de medicalização promovem a seguinte inversão: ao invés de se fabricarem remédios para doenças, fabricam-se doenças para remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças. As relações que se estabelecem entre a indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a existência das doenças, além da “eficácia” dos tratamentos balizados por essa

lógica “terapêutica”, passam longe do que se espera do ponto de vista ético (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, existem duas grandes categorias específicas de transtornos mentais na infância e adolescência: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais. Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm como características o início na primeira ou na segunda infância, com comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e a evolução contínua sem remissões nem recaídas. Já os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os transtornos hipercinéticos, como distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta. Este grupo de transtornos inicia-se precocemente, durante os primeiros cinco anos de vida, e pode vir acompanhado de um déficit cognitivo e um atraso específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem.

Para Grandin e Panek (2015), o autismo e outros transtornos do desenvolvimento não deveriam ser diagnosticados segundo sistema de perfil comportamental do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), em que as crianças estão vinculadas a rótulos de caráter biologicista. Ressalta-se que, no decorrer das publicações das DSM-I (1952 e 1968), o autismo teve o diagnóstico agregado aos sintomas da esquizofrenia. Em 1972, houve o direcionamento para medicalização no tratamento do autismo com o aumento do consumo de medicamento na psiquiatria da causa para os efeitos, da busca do dano psíquico para catalogação dos sintomas. Essa correlação entre as vertentes morais da psiquiatria e biológica, representada pela psicofarmacologia, resultou na terceira revisão do DSM, na década de 1970 (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Na DSM-II de 1980, o autismo infantil foi considerado categoria denominada Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sendo necessário cumprir seis critérios: 1. desatenção; 2. impulsividade; 3. hiperatividade; 4. início dos sintomas antes de sete anos; 5. duração dos sintomas de pelo menos seis meses; 6. não estar relacionado à esquizofrenia, retardo mental grave ou profundo e transtorno afetivo. Em 1987, na revisão do DSM-III, o DSMIII-R não somente mudou o nome do diagnóstico (de autismo infantil para transtorno autista), como também expandiu o número de critérios de diagnóstico de seis para dezesseis e especificou que a

pessoa deveria portar ao menos oito sintomas. Já em 1996, estudo comparou os critérios do DSM-III e do DSM-III-R aplicados a uma amostra de 194 crianças em idade pré-escolar “com disfunções sociais relevantes” e verificou-se discordância quanto ao diagnóstico comparativo, segundo o DSM-III, 51% das crianças seriam autistas, porém, de acordo com DSM-III-R, 91% das mesmas crianças seriam autistas (GRANDIN; PANEK, 2015).

No Brasil, entre 1980 e 2006, taxas de prevalência transtornos mentais em crianças foi de 12,6% a 35,2%, quando os informantes foram os pais (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007). Já Flavina e Cerqueira (2008) trazem em seu estudo a estimativa de que dentre a população infantojuvenil, 10% a 20% sofram de transtornos mentais e, deste total, 3% a 4% precisem de tratamento integral em saúde mental.

De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a caracterização do transtorno do neurodesenvolvimento apresenta os seguintes aspectos a serem considerados na caracterização clínica: critérios diagnósticos, características diagnósticas, características associadas que apoiam o diagnóstico, prevalência, desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico, questões diagnósticas relativas à cura, questões diagnósticas relativas ao gênero, consequências funcionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, diagnóstico diferencial e comorbidade (NASCIMENTO, 2014).

Sobre a estatística mundial do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 5% das crianças e adolescentes são afetadas e 2,5% dos adultos. No Brasil, os estudos e as atualizações sobre TDAH são insuficientes o que impossibilita a realização do diagnóstico e tratamento de forma efetiva, conseqüentemente, não há melhora no tratamento e na qualidade de vida das pessoas com essa patologia (DUARTE *et al.*, 2021).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2013), TDAH pode ser distinguido por três sintomas envolvidos em hiperatividade, desatenção e impulsividade. Nesse contexto, os sintomas citados podem sinalizar, quando isolados, problemas relacionais com os pais, colegas, sistemas educacionais inadequados ou associados a outros transtornos comuns à infância e adolescência, sendo necessário contextualizar a história de vida da criança com os sintomas. A participação dos pais seria norteadada por treinamentos sobre uso de estratégias comportamentais com promoção de paternidade proativa, interagindo com filhos e

apoiando o desenvolvimento deste, assim como auxiliando na adesão terapêutica. No contexto escolar, percebe-se efetividade no uso de jogos, brincadeiras e programações visuais com acompanhamento multidisciplinar, considerando psicopedagogo e psicólogo infantil (DUARTE *et al.*, 2021).

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2021) traz como hipóteses da fisiopatologia: hereditariedade; substâncias ingeridas durante a gravidez, como nicotina e álcool; sofrimento fetal; e exposição ao chumbo. Quanto aos problemas familiares, estes podem agravar um quadro de TDAH. Como alterações neurológicas, têm-se na região frontal e respectivas conexões com as demais regiões cerebrais. Ressalta-se que a região frontal é responsável pela inibição do comportamento, capacidade de atenção, memorização, autocontrole, organização e planejamento. E, os neurotransmissores envolvidos são, principalmente, dopamina e noradrenalina.

Serrano-Troncoso, Guidi e Alda-Díez (2013) afirmam que os sintomas relacionados à hiperatividade e impulsividade são mais frequentes na fase pré-escolar, sendo necessário diagnóstico de TDAH com muita cautela antes dos seis anos. E que professores tenham acesso às técnicas que auxiliem no bom desempenho dos estudantes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO, 2021).

Sobre a abordagem do TDAH, têm-se medidas farmacológicas (Figura 2) e não farmacológicas. Nesta última, indica-se a psicoterapia e orientações aos pais e professores. Outro suporte é acompanhamento com fonoaudiólogo para casos específicos que apresentem dislexia e disortografia, respectivamente, transtorno de leitura e transtorno de expressão escrita. Na psicoterapia, utiliza-se da Terapia Cognitiva Comportamental, em que o terapeuta busca produzir uma mudança cognitiva no pensamento e no sistema de crenças do paciente para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (BRASIL, 2019b). Acerca do tratamento farmacológico, expõem-se, na Figura 2, os medicamentos recomendados por especialistas.

Figura 2 - Medicamentos recomendados para TDAH em consensos de especialistas

Primeira escolha: Estimulantes.		
Lis-dexanfetamina	30, 50 ou 70mg pela manhã	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	18, 36 ou 54mg pela manhã	12 horas
	20, 30 ou 40mg pela manhã	8 horas
Segunda escolha: Caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante.		
Terceira escolha		
Atomoxetina	10,18,25,40 e 60mg 1 vez ao dia	24 horas
Quarta escolha: Antidepressivos.		
Imipramina (antidepressivo)	2,5 a 5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Nortriptilina (antidepressivo)	1 a 2,5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Bupropiona (antidepressivo)	150mg 2 vezes ao dia	
Quinta escolha: Caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo.		
Sexta escolha: Alfa-agonistas.		
Clonidina (medicamento anti-hipertensivo)	0,05mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	12 a 24 horas
Outros medicamentos		
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	100 a 200mg por dia, no café	

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2021.

O metilfenidato de liberação imediata tem sido de primeira escolha para o início do tratamento em crianças, com doses baixas e titulando de acordo a

necessidade clínica. No Brasil, são utilizados antidepressivos tricíclicos, bupropiona, modafinil, guanfacina e clonidina. Ressalta-se que nenhum dos estimulantes tem aprovação para uso em crianças e adolescentes no *Foods and Drugs Administration – FDA* (DUARTE *et al.*, 2021).

Atualmente, há preocupação ao tratamento excessivo do TDAH, com implicações a médio e longo prazos, sendo necessários que se estabeleçam diretrizes de diagnóstico e tratamento, com intuito de melhorar a abordagem clínica e minimizar impactos negativos individuais e coletivos decorrentes desse excesso. Duarte *et al.* (2021) afirmam que o não diagnóstico e tratamento correto do TDAH favorecem impacto negativo na vida e autoestima do paciente em qualquer faixa etária.

Revisão de literatura realizada por Cruz *et al.* (2016) que teve como objetivo analisar a prática envolvida no diagnóstico de TDAH em crianças no período escolar e os encaminhamentos realizados por psiquiatras, demonstrou que o TDAH e outros diagnósticos relacionadas às crianças estavam vinculados a uma lógica biologistica e medicalizante dos problemas escolares, associados ao consumo de psicofármacos.

Pasini *et al.* (2020) afirmam que o adolescente traz na mente muitas preocupações sobre as mudanças do próprio corpo, os estudos e o futuro. Avanci, Assis e Oliveira (2008) ressaltam as transformações e exigências que o adolescente passa nessa fase da vida, caracterizada por estressores, mudanças endócrinas e psicológicas no início do processo de individualização, formação de identidade e saindo da infância. Nesse contexto, Souza *et al.* (2008) ressaltam que nessa fase da vida, há intensa reorganização psicológica, sendo necessário muito cuidado, considerando que o adolescente é um ser propenso ao desenvolvimento de alguns distúrbios, como a depressão.

A Organização Pan-Americana da Saúde destaca que a depressão é a nona causa de doença e incapacidade entre os adolescentes no mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Essa patologia é responsável por 80% dos suicídios e a maioria dos casos acontece na faixa etária de 15 – 44 anos. Outro fato sobre a estatística dessa doença é que 80% dos indivíduos que se suicidaram consultaram um médico no mês antes de suas mortes. E que 50% dos indivíduos deprimidos não recebem o diagnóstico por seus clínicos e menos da metade recebe tratamento adequado (FLORIANÓPOLIS, 2010).

A depressão é um transtorno mental causado por fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. Ou seja, deve ser compreendido considerando a combinação dessas nuances e não somente os fatores biológicos, como é abordado na prática clínica norteada pelo *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Quanto à etiologia da depressão, tem-se a teoria de que está relacionada à deficiência na quantidade ou função da serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) e dopamina (DA) corticais e límbicas.

Na categorização da depressão, considerando a intensidade dos sintomas, têm-se leve, moderado ou grave. O indivíduo com episódio leve de depressão apresenta alguma dificuldade em realizar um simples trabalho e atividades sociais, mas sem grande prejuízo ao funcionamento global e tem duração em torno de um mês. No episódio moderado, são identificados quatro ou mais sintomas e o indivíduo, aparentemente, tem dificuldade para continuar a desenvolver suas atividades de rotina (SANTA CATARINA, 2015). Já durante um episódio grave, o indivíduo apresenta comprometimento em continuar com atividades sociais, trabalho ou domésticas, e com duração excedendo há dois anos, conforme Quadro 3 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

Quadro 3 - Critério diagnóstico de episódio depressivo, segundo o CID-10.

Sintomas fundamentais	
1.	Humor deprimido.
2.	Perda de interesse.
3.	Fatigabilidade.
Sintomas acessórios	
1.	Concentração e atenção reduzidas.
2.	Autoestima e autoconfiança reduzidas.
3.	Ideias de culpa e inutilidade.
4.	Visões desoladas e pessimistas do futuro.
5.	Sono perturbado.
6.	Apetite diminuído.

*Episódio leve: 2 fundamentais + 2 acessórios. Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 acessórios. Episódio grave: 3 fundamentais + > 4 acessórios.

Fonte: Fleck *et al.*, 2009

Como estratégia de tratamento não medicamentoso para depressão, têm-se acompanhamento psicológico para ativação comportamental, terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal. Outra estratégia a ser considerado tratamento psicológico em grupo realizado por profissionais ou terapeutas leigos supervisionados.

O tratamento farmacológico abrange a utilização de antidepressivos. Esses medicamentos se classificam quanto à estrutura química ou de acordo com as propriedades farmacológicas. Quanto à estrutura cíclica com anéis benzênicos, os antidepressivos heterocíclicos (tricíclicos e tetracíclicos). Os tricíclicos (ADTs) se dividem em dois grandes grupos: as aminas terciárias (imipramina, amitriptilina, trimipramina e doxepina) e as aminas secundárias (desmetilimipramina, nortriptilina e protriptilina) (KATZUNG *et al.*, 2017).

Figura 3 - Classificação dos antidepressivos quanto às subclasses, aos mecanismos de ação, aos efeitos, às indicações clínicas, farmacocinéticas, à toxicidade e às interações

Subclasse, fármaco	Mecanismo de ação	Efeitos	Aplicações clínicas	Farmacocinética, toxicidades, interações
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA (ISRSs)				
<ul style="list-style-type: none"> Fluoxetina Citalopram Escitalopram Paroxetina Sertralina 	Bloqueio altamente seletivo do SERT - pouco efeito sobre o NET	Aumento agudo da atividade sináptica serotoninérgica - alterações mais lentas em várias vias de sinalização e atividade neurotrófica	Depressão maior, transtornos de ansiedade - transtorno de pânico - TOC - TEPT - sintomas vasomotores perimenopausa - transtorno de alimentação (bulimia)	Meia-vida de 15-75 h - atividade oral <ul style="list-style-type: none"> Toxicidade: bem tolerados, porém causam disfunção sexual - risco de síndrome serotoninérgica com IMAOs Interações: alguma inibição das CYP (fluoxetina, 2D6, 3A4; fluvoxamina, 1A2; paroxetina, 2D6)
<ul style="list-style-type: none"> <i>Fluvoxamina: semelhante aos anteriores, porém aprovada apenas para o comportamento obsessivo-compulsivo</i> 				
INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (IRSNs)				
<ul style="list-style-type: none"> Duloxetina Venlafaxina Levomilnaciprana 	Bloqueio moderadamente seletivo do NET e do SERT	Aumento agudo da atividade simpática serotoninérgica e adrenergica	Depressão maior, distúrbios com dor crônica - fibromialgia, sintomas perimenopausa	Toxicidade: anticolinérgico, sedação, hipertensão (venlafaxina) - Interações: alguma inibição da CYP2D6 (duloxetina, desvenlafaxina) - interações da CYP3A4 com a levomilnaciprana
<ul style="list-style-type: none"> <i>Desvenlafaxina: o metabólito desmetil da venlafaxina, cujo metabolismo ocorre pela fase II, em lugar da fase I CYP</i> <i>Milnaciprana: aprovada apenas para fibromialgia nos Estados Unidos; significativamente mais seletiva para o NET do que para o SERT; pouco efeito sobre o DAT</i> 				
ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (ADTs)				
<ul style="list-style-type: none"> Imipramina Muitos outros 	Bloqueio misto e variável do NET e do SERT	Semelhantes aos IRSNs, mais bloqueio significativo do sistema nervoso autônomo e dos receptores de histamina	Depressão maior que não responde a outros fármacos - transtorno de dor crônica - incontinência - TOC (clomipramina)	Meia-vida longa - substratos da CYP - metabólitos ativos - Toxicidade: anticolinérgicos, efeitos α -bloqueadores, sedação, ganho de peso, arritmias e crises convulsivas em superdosagem - Interações: indutores e inibidores da CYP
MODULADORES DOS RECEPTORES 5-HT				
<ul style="list-style-type: none"> Nefazodona Trazodona 	Inibição do receptor 5-HT _{2A} - a nefazodona também bloqueia fracamente o SERT	A trazodona forma um metabólito (m-cpp) que bloqueia os receptores 5-HT _{2A/2C}	Depressão maior - sedação e hipnose (trazodona)	Meia-vida relativamente curta - metabólitos ativos - Toxicidade: bloqueio modesto dos receptores α e H ₁ (trazodona) - Interações: a nefazodona inibe a CYP3A4
<ul style="list-style-type: none"> Vortioxetina 	Antagonista nos receptores 5-HT _{1A} , 5-HT _{2A} , 5-HT _{2C} ; agonista parcial no receptor 5-HT _{1B} ; agonista no receptor 5-HT _{1A} ; inibe o SERT	Modulação complexa dos sistemas serotoninérgicos	Depressão maior	Extensamente metabolizada pela CYP2D6 e por conjugação com ácido glicurônico - Toxicidade: distúrbios GI, disfunção sexual - Interações: aditiva com agentes serotoninérgicos
TETRACÍCLICOS, UNICÍCLICOS				
<ul style="list-style-type: none"> Bupropiona Amoxapina Maprotilina Mirtazapina 	Aumento da atividade da norepinefrina e dopamina (bupropiona) <ul style="list-style-type: none"> Inibição do NET > SERT (amoxapina, maprotilina) liberação aumentada de norepinefrina, 5-HT (mirtazapina) 	Liberação pré-sináptica de catecolaminas, porém sem efeito sobre a 5-TH (bupropiona) <ul style="list-style-type: none"> a amoxapina e a maprotilina assemelham-se aos ADTs 	Depressão maior - abandono do tabagismo (bupropiona) <ul style="list-style-type: none"> sedação (mirtazapina) a amoxapina e a maprotilina são usadas raramente 	Metabolismo extenso no fígado <ul style="list-style-type: none"> Toxicidade: baixa o limiar convulsivo (amoxapina, bupropiona); sedação e ganho de peso (mirtazapina) Interações: inibidor da CYP2D6 (bupropiona)
INIBIDORES DA MONOAMINA OXIDASE (IMAOs)				
<ul style="list-style-type: none"> Fenelzina Tranilcipromina Selegilina 	Bloqueio da MAO-A e da MAO-B (fenelzina, não seletiva) - inibição seletiva irreversível da MAO-B (selegilina em baixa dose)	A formulação transdérmica da selegilina produz níveis que inibem a MAO-A	Depressão maior que não responde a outros fármacos - doença de Parkinson (selegilina)	Eliminação muito lenta - Toxicidade: hipotensão, insônia - Interações: crise hipertensiva com tiramina, outros simpatomiméticos indiretos - síndrome serotoninérgica com outros agentes serotoninérgicos, petidina

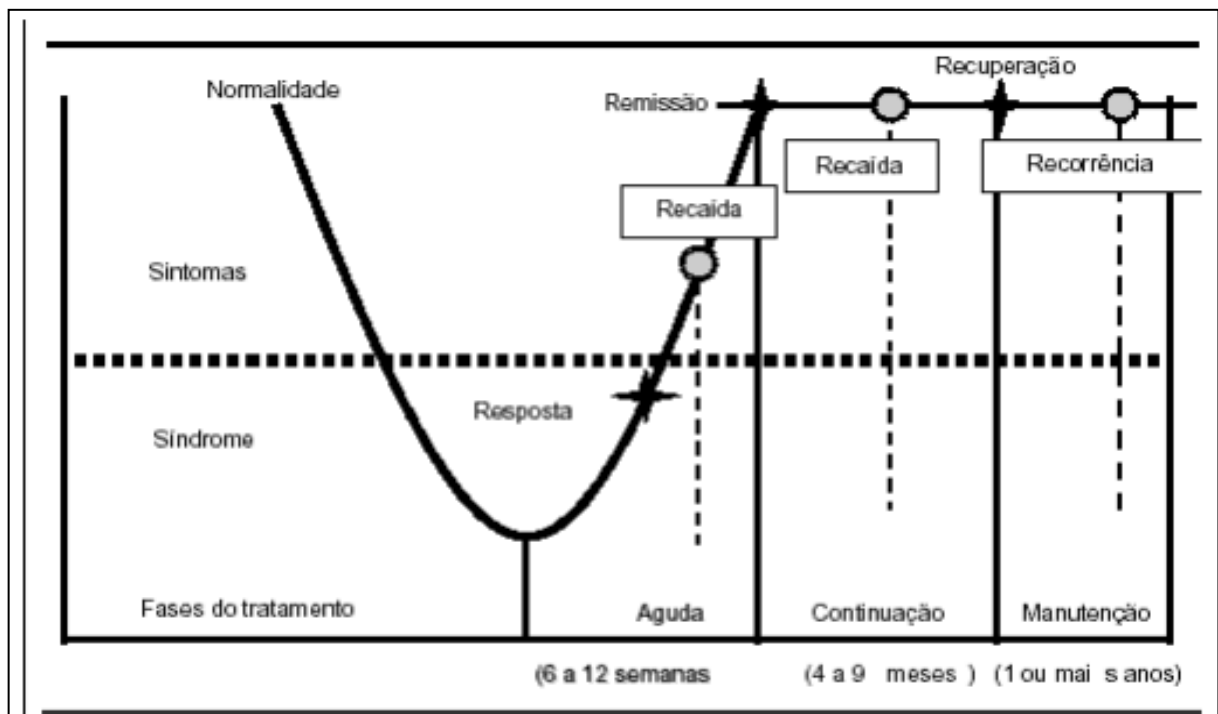
SERT, transportador de serotonina; NET, transportador de norepinefrina; TOC, transtorno obsessivo-compulsivo; TEPT, transtorno por estresse pós-traumático; DAT, transportador de dopamina.

Fonte: Katzung *et al.*, 2017.

O planejamento de um tratamento antidepressivo envolve três fases: aguda, de continuação e manutenção. A fase aguda inclui dois a três primeiros meses e tem como objetivo a diminuição dos sintomas depressivos (resposta) ou

idealmente ao esbatimento completo, com o retorno do nível de funcionamento pré-mórbido (remissão). Fase de continuação acontece entre quatro e seis meses, após seguimento do tratamento agudo, e tem como propósito manter a melhoria obtida, evitando as recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo. Ao final da fase de continuação, o paciente que permanece com a melhora inicial é considerado recuperado do episódio índice. Fase de manutenção tem como objetivo evitar que novos episódios ocorram (recorrência). Esta última fase é recomendada naqueles pacientes com probabilidade de recorrência, conforme Figura 4.

Figura 4 - Fases de tratamento de episódios depressivos



Fonte: Fleck *et al.*, 2009.

O uso de antidepressivos por crianças e adolescentes com episódio de depressão tem eficácia menor do que em adultos, sendo mais seguros os ISRS, os quais já possuem alguma evidência de eficácia nesse grupo. Para adolescentes mais velhos, pode ser prescrita a fluoxetina, iniciando com 10mg a 20mg, considerando a tolerância (SANTA CATARINA, 2015b). Destaca-se que a Organização Mundial da Saúde não preconiza a indicação de antidepressivos em crianças e não como primeira linha, para adolescentes, sendo necessário utilizá-los com cautela (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

A depressão em crianças e adolescentes deve ser diagnosticada e manejada com apoio de profissional ou serviço especializado em saúde mental.

Nas crianças, observa-se substituição do humor triste ou deprimido por humor irritável, com alteração de comportamento, podendo causar falha no diagnóstico de depressão, confundindo com transtorno de déficit de atenção. Na fase de pré-escola, são frequentes sintomas somáticos, como dores abdominais; parada no crescimento; fácies tristonha; anorexia; hiperatividade; transtornos do sono; e auto/heteroagressão. Na fase escolar, pode ser identificada desaceleração motora, distorções cognitivas autodepreciativas, ansiedade, transtornos de conduta e pensamentos de morte. Nos adolescentes, a sintomatologia assemelha-se aos adultos, com a substituição da tristeza por irritação, sendo frequente a presença de comorbidades, com uso de psicoativos, dificultando a avaliação clínica (SANTA CATARINA, 2015b).

Melo, Siebra e Moreira (2017) realizaram revisão de literatura para identificar os eixos de discussão sobre depressão em adolescentes e identificaram que 159 textos estavam relacionados a sintomas, fatores associados aos sintomas, eventos estressores e fatores de risco, comorbidades associadas à depressão, depressão e suicídio. Ou seja, não traziam discussão fenomenológica sobre a depressão em adolescentes, mesmo havendo aumento gradativo dos casos nos últimos anos. Os autores enfatizam a importância da discussão quanto às *práxis* dos profissionais de saúde que estão envolvidos nos atendimentos.

Para Vicente, Higarashi e Furtado (2015), é importante a rede de apoio e do apoio social para as famílias que convivem com a criança com transtorno mental. Pois, ao receber a informação do transtorno mental, emerge uma série de conflitos no seio familiar, pelas mudanças impostas pela doença e, neste contexto tão adverso, a família necessita de fontes de apoio para conseguir restabelecer o equilíbrio e não adoecer. A exemplo de rede social como fonte de apoio social às famílias das crianças com transtorno mental, citam-se o CAPS-i e a igreja.

3.3 Farmacoterapia na pediatria

A prescrição de medicamentos na área da pediatria estabelece cuidados além dos propostos para pacientes adultos, pois existem mais particularidades e, na maioria das vezes, menor número de informações sobre a comprovação científica da segurança e eficácia medicamentosa nessa parcela da população (LOUREIRO *et al.*, 2013).

Os pacientes pediátricos apresentam modificações físicas e fisiológicas de forma rápida e dinâmica com o passar do tempo, assim, podem alterar sua capacidade de absorção, biotransformação e eliminação dos fármacos, e possuem características importantes nem sempre respeitadas nas decisões clínicas em relação à seleção e utilização dos fármacos (ALMEIDA, 2015).

Outro aspecto é que, nas últimas décadas, tem ocorrido ampliação dos diagnósticos referentes aos transtornos e às deficiências considerando as crianças. Esse aumento associa-se a modificações de critérios diagnósticos, ao avanço da produção diagnóstica no contexto escolar e à influência de interesses associados aos conglomerados da produção farmacológica descritos por estudiosos dessa temática (OLIVEIRA; SILVA; BAPTISTA, 2020).

Considera-se, também, o fato de que a maior parte dos medicamentos utilizados na pediatria não passa por ensaios clínicos com esse público, quer seja pela elevada recusa dos pais em consentir a participação dos filhos, por motivos éticos, pelo elevado custo ou longo período que pode requerer, transformando a pediatria em campo pouco interessante para as indústrias farmacêuticas, resultando, assim, no lançamento de novos medicamentos sem permissão para administração em crianças (LOUREIRO *et al.*, 2013).

A consequência dessas mudanças e da pouca comprovação científica da eficácia e segurança é a prática da prescrição de medicamentos baseada principalmente em extrapolações e adaptações do uso em adulto, em informações obtidas de estudos observacionais e no consenso entre especialistas (CRUZ *et al.*, 2014).

O uso inadequado de medicamentos é considerado um problema de saúde pública, pois existe perspectiva de que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados erroneamente. E, como cerca de 75% dos medicamentos prescritos em pediatria não foram adequadamente estudados nesta

população, sabe-se que a prática da terapia medicamentosa em crianças pode resultar em aumento dos riscos de ocorrerem erros e eventos adversos (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

A prescrição *off-label* de medicamentos define-se como a prescrição para uma indicação, doença ou doente, cujas indicações não foram aprovadas ou não realizadas em determinado público (p. ex. público pediátrico) ou, ainda, utilizando dosagem e vias de administração não aprovadas. Este modelo de prescrição é admitido, ao considerar o conceito de que as leis oficiais não regulam essa prática na medicina, assim os médicos têm liberdade de decisão em relação ao que consideram melhor para os pacientes (CARNEIRO; COSTA, 2013).

Carvalho (2016), em estudo descritivo transversal, com metodologia simples, mostrou que, do total de prescrições feitas, 231 (31,7%) eram de uso *off-label*, em que em 90 prescrições ou 38,8%, o uso foi feito em relação à dose do medicamento, 73% ou 31,5% por idade e 68% ou 29,3% por administração do medicamento.

De acordo com revisão de literatura realizada por Loureiro *et al.* (2013), os estudos produzidos para determinação da ocorrência de prescrições de medicamentos de uso *off-label* ou não registrados para população pediátrica ainda são poucos no Brasil, sendo a maioria realizados na Europa. Estes estudos são realizados para determinar a padronização do perfil de utilização de medicamentos nas instituições de saúde do país e tomada de decisões que favoreçam o uso mais seguro de medicamentos para esta população.

Sobre essa prática no Brasil, existem pesquisas feitas em estabelecimentos de saúde que, ao criar comissões de farmacologia, padronizar medicamentos e outras medidas, conseguem avaliar o uso de medicamentos *off-label*. No Estado de São Paulo, por exemplo, O Centro de Vigilância Sanitária (CVS), na área de farmacovigilância, tem como base as notificações de eventos adversos (CARVALHO, 2016). No âmbito federal, a RDC nº 9, de 20 de fevereiro de 2015, que tem como objetivo definir procedimentos normativos e requisitos para que sejam feitos os ensaios clínicos com fármacos, mostra que os ensaios clínicos pós-comercialização estão sujeitos apenas à Notificação de Ensaio Clínico (BRASIL, 2015a).

Na prática, existem dois tipos de prescrição *off-label*:

- Na primeira, ocorre a utilização de um fármaco com indicação para determinada patologia específica em outra patologia diferente. Um exemplo é a utilização de um antiepilético no tratamento da dor neuropática;
- Na segunda, ocorre utilização do medicamento na indicação correta, porém fora das especificações aprovadas (p. ex. o uso do sildenafil, aprovado para disfunção erétil, mas utilizado por pacientes sem este problema para aumento da performance sexual (CARNEIRO; COSTA, 2013).

Sobre os padrões da prescrição *off-label* que possuem particulares preocupações e que, portanto, devem ser consideradas com cuidado particular (CARNEIRO; COSTA, 2013).

- Em primeiro lugar, o uso de medicamentos considerados novos no mercado. Isto constitui um problema especial porque não somente o seu potencial benéfico é “inexistente”, como os dados sobre sua segurança (farmacovigilância) serão escassos, dificultando a possível utilização;
- Um segundo exemplo é o uso *off-label*, com o chamado uso totalmente novo. Esta prática sofre os mesmos problemas em relação aos apresentados acima, ou seja, em relação à efetividade e, claro, sobre a segurança (normalmente somente ao fim de 3-5 anos de utilização, considera-se um perfil de risco/benefício aceitável em um novo medicamento);
- Por final, um terceiro padrão com problemas em relação a essa prática é o que se refere a uma taxa de efeitos acessórios graves ou frequentes.

Os fármacos que atuam no sistema nervoso central alteram as reações psicológicas do usuário. A utilização destes fármacos com atividade comprovada em distúrbios psiquiátricos se tornou ampla a partir dos anos de 1950. Estes são divididos em quatro categorias principais: antidepressivos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, antipsicóticos ou neurolépticos (CAMARGO; OLIVEIRA, 2013).

Os benzodiazepínicos ou sedativos, como conhecidos, são fármacos com propriedades hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivante, adjuvantes anestésicos e miorrelaxantes. Eles estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo e, quando bem utilizado, mostram-se bastante eficazes, com rápido início de ação, alguns poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança, porém com algumas

desvantagens, pois o uso prolongado de benzodiazepínicos pode acarretar redução da atenção memória de fixação, desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (CARVALHO, 2014).

Os antidepressivos são estimuladores do humor e podem ser compreendidos como um grupo de substâncias usadas no tratamento da depressão. O que determina a diferença entre esses fármacos são os efeitos colaterais de cada subclasse desses fármacos. O uso de antidepressivos tricíclicos, por exemplo, deve ser com pequenas doses administradas de forma graduada até atingir a dose terapêutica de escolha daquele medicamento, pois demora um período de latência de seis semanas para alcançar o efeito esperado. O desmame, que é a retirada do medicamento, deverá ser feita de forma lenta e gradual, para evitar sintomas que caracterizam a depressão, como tontura, cefaleia, náuseas ansiedade e irritabilidade. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) não apresentam síndrome de retirada. Os considerados de ponta são mais seletivos, bloqueando apenas receptores específicos, por isso são mais bem tolerados pelo usuário (CARVALHO, 2014).

Sobre os antipsicóticos, são medicamentos utilizados para o tratamento da esquizofrenia desde a década de 1950. Esses fármacos têm efeito neuroprotetor e podem evitar o avanço e a progressão da doença na fase inicial. Neste tratamento, a monoterapia é a melhor forma de tratamento para essa classe (RIBEIRO, 2015).

Os antipsicóticos ainda são subdivididos em primeira geração ou típicos e segunda geração ou atípicos, em que cada subdivisão possui pontos positivos e negativos. Os típicos estão relacionados com a melhora dos sintomas psicóticos e cognitivos, porém, podem contribuir para o surgimento de sintomas parkinsonianos agudos, os conhecidos efeitos extrapiramidais. Sobre os atípicos, estudos mostram maior adesão ao tratamento pelos pacientes, uma vez que é menor a incidência de efeitos extrapiramidais, melhoram a cognição e diminuem as hospitalizações, mas, ao mesmo tempo, podem causar maiores riscos metabólicos ao paciente (RIBEIRO, 2015).

Em relação aos antiepiléticos ou anticonvulsivantes, o tratamento é sintomático, pois os fármacos atuam nos mecanismos desencadeadores das crises, inibindo as convulsões, e não na etiopatogenia das epilepsias, o que os classificam, na maioria das vezes, por anticonvulsivantes. Esses fármacos são moléculas estruturalmente independentes, em que mecanismos de ação e a farmacocinética

são variados, isto pode estar relacionado com a variedade de efeitos adversos, esquemas de dosagem, importantes na escolha do tratamento para cada paciente em particular. Alguns fatores em relação a estes fármacos possibilitam o ajuste da dose para cada indivíduo, com objetivo de maximizar a eficácia e minimizar os efeitos adversos, cuja gravidade vai desde um comprometimento mínimo do SNC até a morte por anemia aplástica ou insuficiência hepática (TEIXEIRA, 2015). No Quadro 4, apresentam-se os fármacos que atuam no sistema nervoso central.

Quadro 4 - Identificação da ação farmacológica dos fármacos que atuam no sistema nervoso central.

Ação farmacológica	Medicamento	Concentração
Anticonvulsantes/antiepilépticos	Carbamazepina	Líquido oral: 100 mg/5 ml. Comprimido (para mastigar): 100 mg; 200 mg. Comprimido (classificado): 100 mg; 200 mg.
	Diazepam	Gel ou solução retal: 5 mg ml em 0,5 ml; 2 ml; tubos de 4 ml.
	Lamotrigina*	Comprimido: 25 mg; 50 mg; 100 mg; 200 mg. Comprimido (mastigável, dispersível): 2 mg; 5 mg; 25 mg; 50 mg; 100 mg; 200 mg.
	Lorazepam como alternativas terapêuticas: - diazepam (injeção) - midazolam (injeção)	Injeção: 2 mg/ml em ampola de 1 ml; 4 mg/ml em ampola de 1 ml
	Midazolam	Solução para administração oromucosa: 5 mg/ml; 10 mg/ml Ampola**: 1 mg/ml; 10 mg/ml
	Fenobarbital	Injeção: 200 mg/ml (sódio). Líquido oral: 15 mg/5 ml. Comprimido: 15 mg a 100 mg.
	Fenitoína	Injeção: 50 mg/ml (sódio) em frasco de 5 ml. Líquido oral: 25 mg a 30 mg/5 ml. *** Forma de dosagem oral sólida: 25 mg; 50 mg; 100 mg (sódio). Comprimido (para mastigar): 50 mg.

Continua

Quadro 4 - Identificação da ação farmacológica dos fármacos que atuam no sistema nervoso central

Ação farmacológica	Medicamento	Concentração
	Ácido valpróico (valproato de sódio) ****	Injeção: 100 mg/ml em ampola de 4 ml; 100 mg/ml em ampola de 10 ml.
	Etossuximida	Cápsula: 250 mg. Líquido oral: 250 mg / 5 ml.
Medicamentos usados em transtornos psicóticos	Clorpromazina	Injeção: 25 mg / ml (cloridrato) em ampola de 2 ml. Líquido oral: 25 mg / 5 ml (cloridrato). Comprimido: 10 mg; 25 mg; 50 mg; 100 mg (cloridrato).
	Haloperidol	Injeção: 5 mg em ampola de 1 ml. Líquido oral: 2 mg / ml. Forma de dosagem oral sólida: 0,5 mg; 2 mg; 5 mg.
Medicamentos usados em transtornos depressivos	Fluoxetina	Forma de dosagem oral sólida: 20 mg (como cloridrato) > 8 anos.

Fonte: Brasil, 2017b.

Conclusão

*Para uso como terapia adjuvante para resistência ao tratamento parcial ou convulsões generalizadas; **Para administração bucal, quando solução para oromucosa não está disponível;*** A presença de dosagens de 25 mg/5 mL e 30 mg/5 mL no mesmo local causaria confusão na prescrição e dispensação.;**** Evitar o uso na gravidez e em mulheres e meninas de potencial para engravidar, a menos que tratamentos alternativos sejam ineficazes ou não tolerados por causa do alto risco de defeitos congênitos e distúrbios do desenvolvimento em crianças expostas ao valproato no útero.

Para o controle dessas substâncias, a ANVISA segue um modelo de controle baseado na Portaria 344/98 e no Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) (LAUREANO, 2015).

A regulamentação técnica sobre essas substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial, regida por essas instâncias, define as seguintes listas: A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (substâncias sujeitas ao controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras) (SILVA; IGUTI, 2013).

Esse sistema foi implementado em farmácias comerciais e drogarias do país para o monitoramento da dispensação de medicamentos, fármacos que atuam no sistema nervoso central e outras substâncias, para monitorar o preenchimento correto de receituário, avaliar a frequência de prescrições e o consumo de controlados em determinada região para implantar políticas de controle e coletar dados para atualização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (LAUREANO, 2015).

3.4 Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da saúde mental no Brasil e em outros países

As Diretrizes terapêuticas podem ser nomeadas como guias de práticas clínicas, manuais, *guidelines*, cadernos, protocolos e outras denominações que venham a nortear a prática clínica diante de determinada doença. No Brasil, existem os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (BRASIL, 2019b).

Esses protocolos são disponibilizados nas unidades de saúde, porém há necessidade informações sobre a utilização desses documentos por profissionais de saúde. Pois, estudo realizado por Coronel *et al.* (2017) buscou identificar o conhecimento e a utilização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) pelos 226 médicos da Atenção Básica em Porto Alegre (RS), mas apenas 31 médicos responderam ao questionário e verificou-se que 27 (87,1%) afirmaram conhecer os PCDT, mas somente 16 (51,6%) os utilizam na prática diária, sendo o principal motivo para a não utilização a “falta de tempo”.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011, dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, cujo objetivo é assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Quanto à disponibilidade de Diretrizes Terapêuticas e Protocolos na saúde mental, existem recomendações e portarias sobre a inclusão de medicamentos para tratamento de transtornos mentais, como recomendações sobre a ampliação de uso da risperidona para o controle da irritabilidade e agressividade que podem cursar com o transtorno do espectro do autismo, de

acordo com critérios a serem estabelecidos em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específicos; incorporação dos medicamentos clozapina, lamotrigina, olanzapina, quetiapina e risperidona, para tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar; e implementação da risperidona no tratamento do comportamento agressivo em adultos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016).

Na perspectiva do tratamento farmacológico, no Brasil, existe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como instrumento para garantia do acesso à assistência farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. Esse instrumento tem papel estratégico nas políticas de saúde, ao relacionar medicamentos utilizados no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

A garantia do acesso ao tratamento farmacológico, em âmbito ambulatorial do Sistema Único de Saúde, é guiada pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), sendo os PCDT imprescindíveis na definição das linhas de cuidado e promoção do uso racional dos medicamentos. Destaca-se que os protocolos clínicos no SUS estão inseridos na perspectiva da eficiência, considerando a relação custo-benefício, na qualidade dos medicamentos e na Medicina Baseada em Evidências.

No contexto da saúde mental, houve retrocesso à Política Nacional de Saúde Mental, com a Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017, em que há proposição para desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial, alterando:

- a) A inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos;
- c) O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente cronicado, ferindo o disposto nas Portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014;
- d) O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%;
- e) O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental, em hospital geral para recebimento de custeio;

- f) Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio;
- g) O retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda.

No contexto internacional da saúde mental, faz-se necessário conhecer as diretrizes que norteiam as ações, de forma a inserir os protocolos clínicos diante do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais.

O *National Institute Health and Care Excellence* (NICE) foi originalmente criado em 1999, como o Instituto Nacional de Excelência Clínica, e tem como objetivo fornecer orientação e aconselhamento nacional para melhorar a saúde e a assistência social ao *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, Inglaterra e País de Gales, Irlanda e Escócia.

No Reino Unido, existem 58 diretrizes do NICE que abordam transtornos mentais e sintomas em crianças e adolescentes que atentam para o uso de medicamentos (Ex.: guanfacina de ação prolongada e aripiprazol), depressão, psicose, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectador do Autismo (TEA), transtornos alimentares, automutilação, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), transtorno dismórfico corporal, transtornos de ansiedade, comportamento desafiador e dificuldade de aprendizagem. Aponta-se que a guanfacina, assim como a clonidina, foi originalmente desenvolvida para tratar a hipertensão arterial sistêmica. Ela age através da ativação pós-sináptica dos receptores de norepinefrina, melhorando a atividade do córtex pré-frontal e ajudando na regulação da atenção e no controle dos impulsos em pacientes com TDAH.

De acordo com a orientação do *National Institute Health and Care Excellence* (2017), o uso da maioria dos fármacos que atuam no sistema nervoso central para gerenciar comportamentos desafiadores em pessoas com dificuldades de aprendizagem é um uso *off-label* de um medicamento licenciado, sendo necessário que haja protocolo apropriado, otimizando a prescrição, assim como políticas locais relacionadas ao tratamento. No Reino Unido, há existência do *General Medical Council (GMC) on prescribing unlicensed medicines*, em que é

possível o prescritor ter acesso às orientações necessárias para prescrição segura de *off-label*.

Desde 2009, no Canadá, existe a Rede Canadense de Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT), organização científica e educacional sem fins lucrativos que dar suporte de revisão às diretrizes clínicas para o tratamento de transtornos depressivos. O escopo destas diretrizes continua sendo a gestão de adultos com Transtorno Depressivo Maior Unipolar (TDM) (KENNEDY, 2016). As demais diretrizes e recomendações utilizadas no Canadá são: Diretrizes para Transtorno Depressivo Maior, Diretrizes para Transtorno Bipolar, Recomendações da Força-Tarefa CANMAT para Transtornos do Humor e Comorbidades e Recomendações para Resultados Funcionais na Depressão.

Outro documento canadense são as Diretrizes para saúde mental dos idosos e adultos. Estas estão organizadas em quatro seções. Inicialmente, a Introdução fornece uma visão geral da finalidade e preparação das Diretrizes. A Parte I define o contexto e explora os principais fatores que devem ser considerados ao planejar sistema de serviços de saúde mental para idosos. De particular importância são os valores e princípios orientadores que sustentam as recomendações e os conteúdos das Diretrizes, assim como recomendações sobre os determinantes da saúde mental, promoção e prevenção da saúde mental e identificação precoce de problemas de saúde mental. A Parte II enfoca os serviços necessários para apoiar os idosos mais tarde na vida. Este inclui um modelo para os serviços de saúde mental na terceira idade e descrições das funções de cada recurso. Além disso, disponibiliza para profissionais da saúde mental referências sobre serviços especializados para idosos e uma discussão sobre como aplicar os *benchmarks*. E, finalmente, a Parte III discute os mecanismos que facilitam uma saúde mental abrangente, no sistema de serviço, incluindo recomendações sobre educação, segurança cultural, diversidade, apoio para cuidadores e prestadores de serviços e modelos de prestação de serviços (MENTAL HEALTH COMISION OF CANADA, 2011).

Katzman *et al.* (2014) publicaram as *Diretrizes da prática clínica canadense para o manejo da ansiedade, estresse pós-traumático e transtornos obsessivo-compulsivos*. As diretrizes resultaram no documento composto por uma introdução, princípios de diagnóstico e manejo, seis seções (3 a 8) sobre os distúrbios específicos relacionados à ansiedade (transtorno do pânico, agorafobia,

fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático) e duas seções adicionais sobre populações especiais (crianças / adolescentes, gestantes / lactantes e idosos) e problemas clínicos em pacientes com comorbidades.

Os serviços de saúde mental em Portugal possuem estruturas mais significativas pertencentes ao setor público ou ao setor social e convencionado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, Portugal ainda não possui uma base de dados sólida que possibilite a determinação de prevalência de distúrbios mentais, pois o quadro epidemiológico não demonstra dado suficiente para o cálculo dessa variável. Embora o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tenha percebido aumento nos casos de depressão, suicídio e ansiedade, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Número de registros de transtornos mentais, no período de 2011 a 2016, em Portugal

Especificação	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%	%	%
Depressão	5,34	6,85	8,01	8,98	8,69	9,32
Demência	0,40	0,53	0,67	0,72	0,73	0,79
Ansiedade	3,51	3,77	4,49	5,07	5,54	6,06

Fonte: Almeida; Lapão, 2018.

Portugal implantou, em 2016, o Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017 (PNPSM), fundamentado em questões que evidenciaram que as pessoas tinham maior expectativa de vida, sobrecarregando a sociedade, estando o número de morte na saúde mental relacionado ao suicídio cometido por homens e à necessidade de mais rigor e qualidade na prescrição de medicamentos utilizados na saúde mental. Esses aspectos trouxeram mudanças no registro dos casos de transtornos mentais, desde cuidados primários e aumento dos serviços nessa área, assim como fomento de mais rigor na prescrição dos medicamentos para transtornos mentais, apresentando como metas para o plano de saúde mental a organização, o rigor e o tratamento de informação (ALMEIDA; LAPÃO, 2018).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2022), o Plano nacional de saúde mental trouxe como mudanças, em Portugal:

- Redução do número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos;
- Fechamento dos hospitais psiquiátricos;
- Criação de serviços de Saúde Mental nos hospitais gerais e na comunidade;
- Capacitação dos profissionais de fora integrada com os programas de doenças mentais graves;
- Criação das bases dos cuidados integrados na saúde mental com programas residenciais;
- Criação de unidade e rede de referência para crianças e adolescentes na saúde mental;
- Integração dos programas da saúde mental na luta contra violência doméstica, apoio ao sem abrigo, em parceria com os setores sociais, justiça, educação e emprego.

São desafios para a saúde mental portuguesa, considerando o Plano de ação da saúde mental 2013-2020 da OMS:

1. Fortalecimento da liderança e promoção de uma gestão eficaz na saúde mental;
2. Prestação de serviço na saúde mental, de forma integrada e abrangente, inserido na comunidade;
3. Implementação de estratégias para promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais;
4. Fortalecimento dos sistemas de informação, evidência científica e pesquisa na saúde mental.

A Austrália é um país com baixa densidade populacional e diversidade cultural, exige abordagem alternativa para prestação eficiente de serviços de saúde mental. O sistema de saúde mental australiano é um mosaico complexo, em que os oito governos estaduais e territoriais financiam, aproximadamente, 90% de todos os serviços de saúde pública. Além disso, os serviços também são fornecidos por serviços de saúde mental financiados pela *Commonwealth*, organizações gerenciadas pela comunidade, Provedores Privados de Saúde e Redes de Saúde Primária (PHN), responsáveis pelo planejamento e pela coordenação de serviços em nível regional (ROBERTS *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

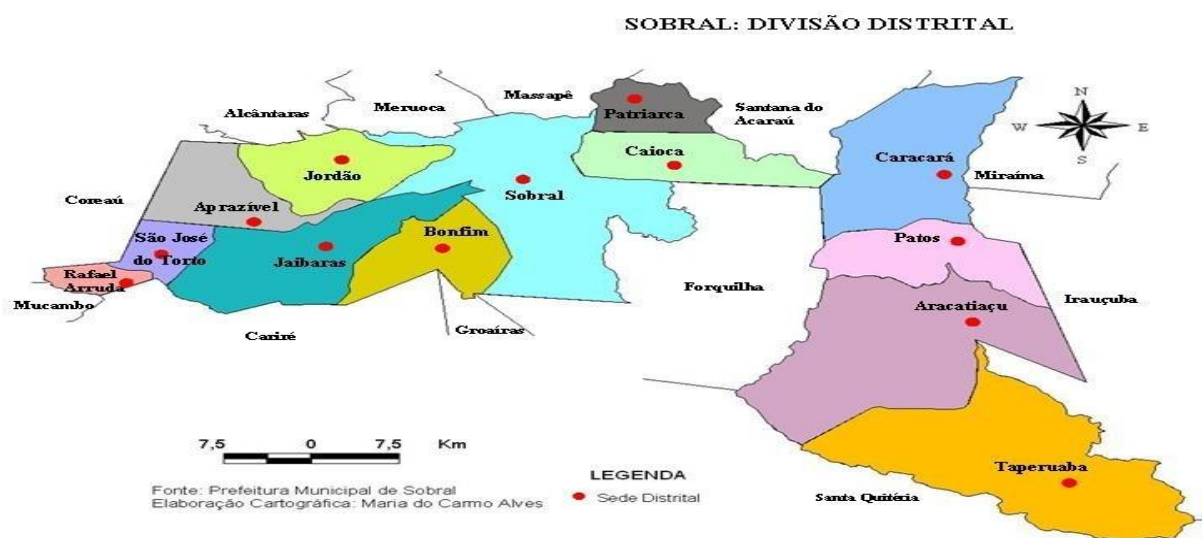
4.1 Desenho do estudo

Os pressupostos metodológicos definidos incidiram em três momentos, sendo que o primeiro e segundo foram de caráter epidemiológico, descritivo, observacional, com abordagem quantitativa, em busca da caracterização da população atendida pelo CAPS II Damião Ximenes Lopes, assim como a caracterização da infraestrutura e farmácia do setor estudado. O terceiro foi caracterizar os profissionais de saúde que atuam no CAPS II quanto à categoria profissional e vínculo profissional.

4.2 Local da pesquisa e período

O estudo será realizado no município de Sobral (CE), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Damião Ximenes Lopes). Esse município possui 39 Centros de Saúde da Família, sendo 18 localizados na zona rural, conforme Figura 5. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), a população estimada para 2021 foi de 212.437 mil habitantes em Sobral (CE).

Figura 5 - Configuração distrital do município de Sobral, Ceará



Fonte: Google imagens.

O estudo foi iniciado após a emissão da Carta de Anuência pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e do parecer do Comitê em Ética e Pesquisa (ANEXO D).

4.3 Registros/Participantes

4.3.1 Primeira fase – caracterização da população

Nesta etapa da pesquisa, analisaram-se 1.942 atendimentos realizados no período de 2016 a 2019, no CAPS II Damião Ximenes Lopes, do município de Sobral (CE), considerando as variáveis: idade, local de residência, encaminhamento recebido e hipótese de diagnóstico, bem como os motivos para o abandono de acompanhamento no CAPS II por 34 crianças e 45 adolescentes.

4.3.2 Segunda fase: caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes

Na segunda etapa, não houve participantes, destinou-se ao momento observacional quanto à infraestrutura do CAPS II Damião Ximenes Lopes e Farmácia do serviço.

4.3.3 Terceira fase – caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral

Na terceira etapa, buscar-se-á caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes do município de Sobral-CE, Brasil.

4.4 Coletas dos dados

4.4.1 Primeira fase – caracterização da população

Os dados serão coletados a partir das planilhas dos registros de atendimentos realizados no período de 2016 a 2019, considerando as seguintes

variáveis: idade, local de residência, mês de atendimento, encaminhamento e hipótese de diagnóstico.

Quanto ao motivo do abandono de crianças e adolescentes, identificaram-se os prontuários INATIVOS, no período de 2016-2019 que continham contatos telefônicos dos respectivos responsáveis. Após a identificação dos números telefônicos, a pesquisadora entrou em contato com os responsáveis das crianças e adolescentes para averiguar os motivos para descontinuidade do acompanhamento no CAPS II. Identificaram-se as seguintes variáveis: idade, hipótese de diagnóstico, local de residência, número de atendimento e motivo do abandono.

4.4.2 Segunda fase – caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes

Para obter os dados sobre a infraestrutura do CAPS II Damião Ximenes Lopes utilizou-se das informações contidas na relação de ambientes e número de cada, considerando o tipo de CAPS, conforme Anexo A (BRASIL, 2015c).

Para os dados sobre a farmácia do serviço, aplicou-se o *checklist* elaborado por Gondim *et al.* (2011), em que se buscaram as seguintes categorias analíticas: Gestão do serviço de farmácia, disponibilidade dos medicamentos essenciais à saúde mental e condições de conservação e armazenamento dos medicamentos da farmácia, conforme Anexo B.

4.4.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral

Nesta etapa, os dados foram analisados a partir do relatório do Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES) contendo todos os profissionais cadastrados no CAPS II Damião Ximenes Lopes considerando o vínculo empregatício e graduação (ANEXO E).

4.5 Critérios de inclusão, exclusão

4.5.1 Primeira fase – caracterização da população

Incluíram-se os registros que continham as variáveis necessárias para o estudo: idade, local de residência, encaminhamento recebido pelo CAPS II Damião Ximenes Lopes e hipótese de diagnóstico.

Quanto ao motivo do abandono do acompanhamento pelo CAPS II, inseriram-se os 43 prontuários sendo (19) de crianças e (24) de adolescentes que continham contato telefônico de seus respectivos responsáveis. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade, local de residência, motivo do abandono e hipótese de diagnóstico. Excluíram-se os 20 prontuários que não continham contatos impossibilitando averiguar o motivo do abandono. E não excluído, os (16) prontuários que não foram encontrados no arquivo.

4.5.2 Segunda fase – caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes

Essa fase foram momentos observacionais buscando identificar os espaços do CAPS II Damião Ximenes Lopes que constavam nos dois *checklist* já citados.

4.5.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral

Após a emissão do relatório do CNES foi necessário a identificação dos profissionais que estavam atuando diretamente no atendimento à população e que possuíam graduação. Excluídos, os profissionais que tinham graduação, estavam atuando diretamente no atendimento à população, mas não tinham vínculo empregatício junto ao CAPS II. Não foram incluídos os demais profissionais que não tinham graduação.

4.6 Plano de análise

4.6.1 Primeira fase – caracterização da população

Analisaram-se as variáveis demográficas (idade dos usuários), geográficas (atendimento mensal, território geopolítico de residência) e assistenciais (*status* do prontuário, tipo de encaminhamento e hipótese de diagnóstico codificado por CID-10), assim como as motivações para que crianças e adolescentes abandonassem o acompanhamento no CAPS II Damião Ximenes Lopes. Realizou-se análise descritiva simples com cálculo das frequências absolutas e relativas variáveis demográficas, geográficas e assistenciais. Os dados foram analisados com auxílio do pacote estatístico *Epi Info*, versão 7.2.4.0.

4.6.2 Segunda fase – caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes

A análise da infraestrutura do CAPS II Damião Ximenes Lopes foi realizada a partir do quantitativo mínimo de espaços exigidos: espaço de acolhimento; salas de atendimento individualizado; salas de atividades coletivas; espaço interno de convivência; sanitários públicos, adaptados para pessoas com necessidades especiais; posto de enfermagem; farmácia; sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação); quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com duas camas), com banheiro contíguo; quarto de plantão (sala de repouso profissional), com banheiro contíguo; banheiro com vestiário para funcionários; sala administrativa; sala de reunião; almoxarifado; arquivo; refeitório; cozinha; sala de utilidades; área de serviços; Depósito de Material de Limpeza (DML); abrigo externo de resíduos comuns; área externa para embarque e desembarque; área externa de convivência; e abrigo GLP (BRASIL, 2015c).

4.6.2.1 Sobre a infraestrutura da farmácia

A análise dos resultados referente ao serviço de farmácia foi de acordo com as orientações de escalonamento que constam no material técnico do Ministério da Saúde intitulado “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde:

Estrutura, Processo e Resultados” e replicado por Gondim *et al.* (2011), cujo somatório da resposta “sim” valendo 1 ponto, dividido pela quantidade de itens em cada categoria e multiplicado por 100, resulta em valor de porcentagem e absoluto, interpretado da seguinte forma: insuficiente (<49,9%); precário (50-74,9%); satisfatório (75-89,9%); e ótimo (90- 100%).

4.6.3 Terceira fase - caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral

As informações foram analisadas considerando os critérios de inclusão e consolidadas em gráfico com o intuito de visualizar as categorias profissionais envolvidas no atendimento à população e seu vínculo ocupacional junto ao CAPS II.

4.7 Aspectos éticos

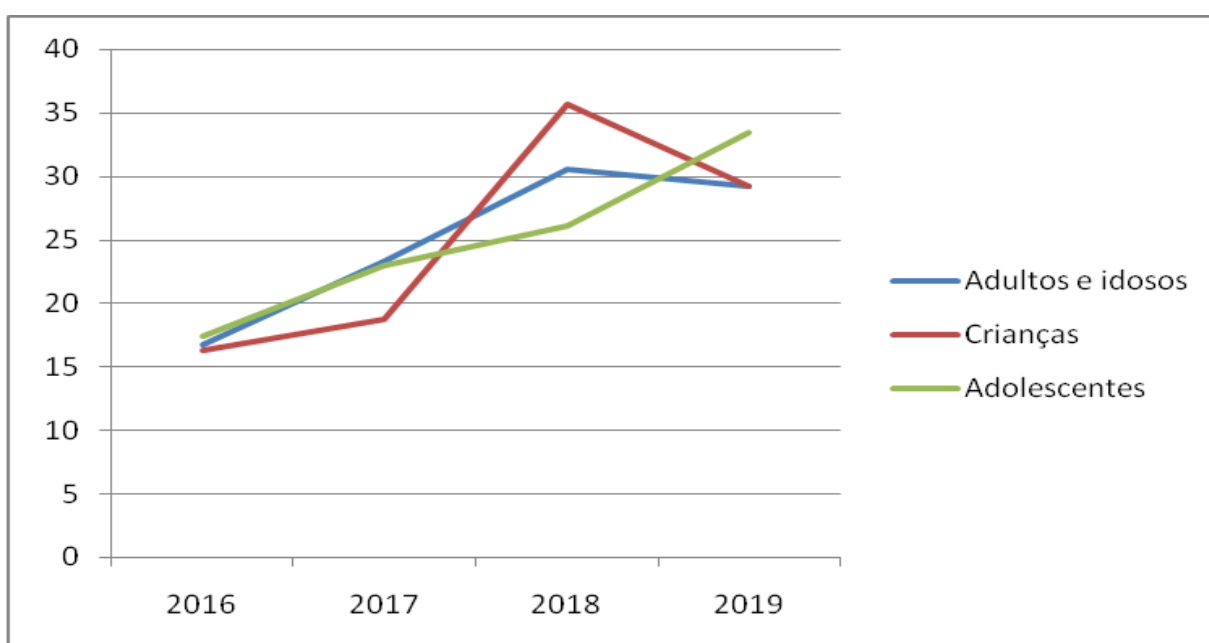
A pesquisa segue a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que preconiza as condições éticas relacionadas aos estudos que estão direta e indiretamente relacionados à participação dos seres humanos. Informa-se que o projeto faz parte de um projeto mais amplo relacionado ao PPSUS-CE – FUNCAP – SESA – Decit – SCTIE - MS-CNPq, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 1.684.517 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da população atendida no CAPS II Damião Ximenes Lopes

Quase 25% da população atendida foram crianças e adolescentes no período de 2016 a 2019, em que se verificou que em 2018, obteve-se maior número de atendimentos para o público em geral (30,6%) e crianças, 35,6%. Em 2019, houve maior registro de atendimento de adolescentes, com 33,5% (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos atendimentos por ano no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará

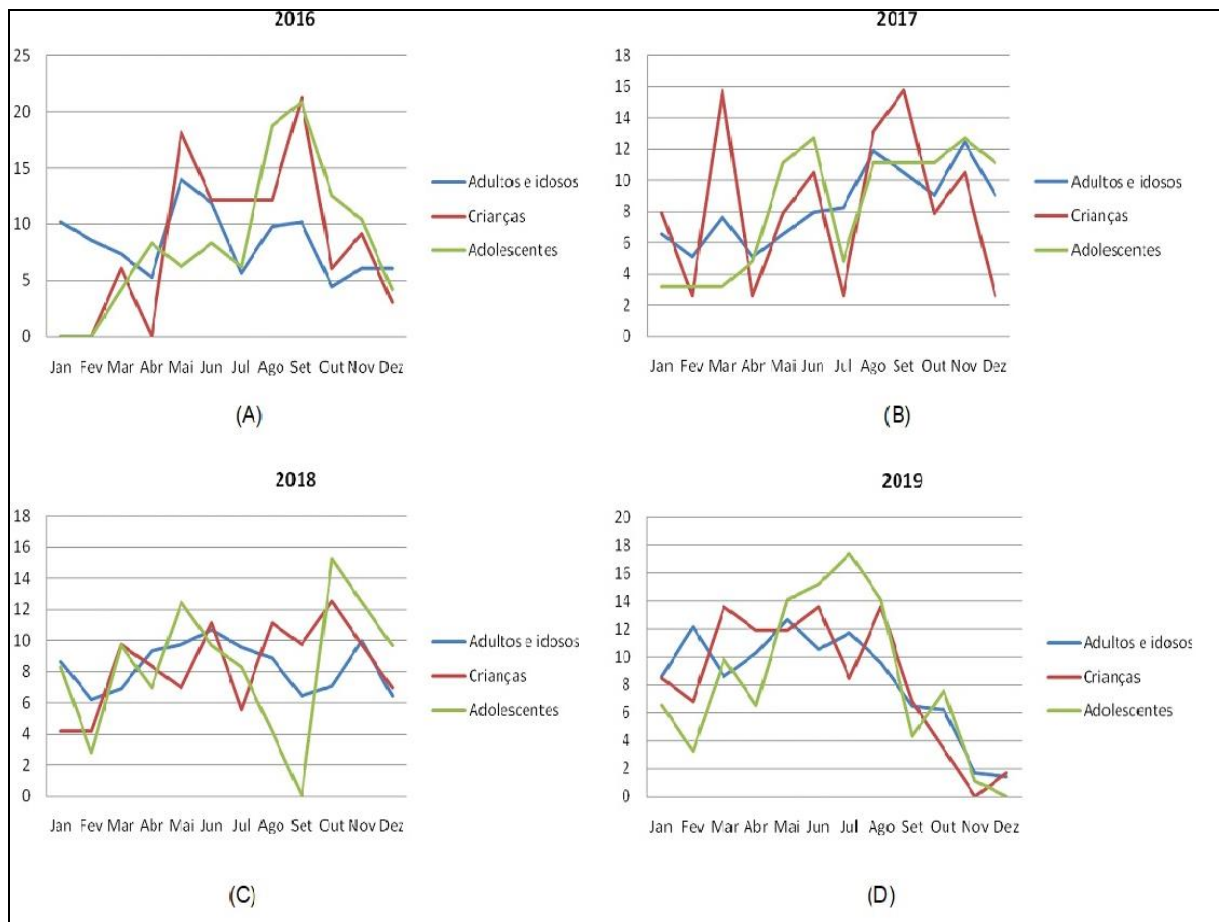


Fonte: Elaborado pela autora.

Na distribuição do atendimento por mês, observou-se oscilação no número de atendimentos no período de 2016 a 2019, conforme Gráfico 2. Quando se observou a distribuição por ano, constatou-se que no ano de 2016, houve mais atendimentos de crianças (21,22%) e adolescentes (20,84%), ambos em setembro (Gráfico 2A). Em 2017, os atendimentos de crianças concentraram-se em setembro (15,78%). Os atendimentos de adolescentes em junho (12,70%) e novembro (12,70%), conforme Gráfico 2B. Em 2018, houve mais atendimentos de crianças e adolescentes em outubro (12,50% e 15,27%), respectivamente (Gráfico 2C). Na Gráfico 2D, apresentam-se os atendimentos referente a 2019, em que os

atendimentos de crianças se concentraram em junho e agosto, com 13,56%, respectivamente. E os atendimentos de adolescentes, em julho (15,21%).

Gráfico 2 - Distribuição das admissões por mês, no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, 2016 -2019, Sobral, Ceará



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao território geopolítico de residência dos usuários que foram atendidos no CAPS do tipo II, verificou-se que 78% da população fora de adultos e idosos, 79,4% de crianças e 77,4% de adolescentes que residiam na zona urbana. Ao escalonar a faixa etária mais identificada por território geopolítico, verificaram-se as crianças com idades de 1 a 6 anos (4,55%) que residiam nas zonas urbana e rural, 7 a 9 anos (5,23%). Os adolescentes que residiam nas zonas urbana e rural apresentaram a mesma faixa etária, de 13 a 15 anos, 7,2% e 6,86%, respectivamente, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação da quantidade de crianças, adolescentes e adultos atendidos, no CAPS do tipo II, considerando o território geopolítico de residência, 2016-2019, Sobral, Ceará

Faixa Etária	Território Geopolítico			
	Zona rural n (%)	Zona urbana n (%)	Outro município n (%)	
Criança	1 – 6	14 (4,57)	55 (4,55)	0 (0,00)
	7 – 9	16 (5,23)	45 (3,73)	0 (0,00)
	10 -12	10 (3,27)	54 (4,47)	0 (0,00)
Adolescente	13 -15	21 (6,86)	87 (7,20)	2 (8,00)
	16 -17	16 (5,23)	58 (4,80)	1 (4,00)
	18 -19	19 (6,22)	64 (5,30)	2 (8,00)
Adulto e Idoso	20-30	83 (27,13)	376 (31,15)	13 (52,00)
	31-49	45 (14,70)	216 (17,90)	3 (12,00)
	50-60	50 (16,34)	158 (13,10)	2 (8,00)
	Acima de 60	32 (10,45)	94 (7,80)	2 (8,00)
	Total*	306 (100,00)	1207 (100,00)	25 (100,00)

Fonte: Elaborada pela autora.

*Total de registro da variável.

Na Tabela 3, observa-se o *status* dos prontuários das crianças e que 55,72% (112/201) estavam como ativos, ou seja, mantinham acompanhamento no CAPS. Em relação aos registros dos prontuários dos adolescentes, 51,28% (141/275) desses estavam como inativos. A situação de inativo significa que crianças e adolescentes receberam encaminhamento para outros setores, nível de atenção à saúde ou abandonaram o acompanhamento no CAPS. Ao identificar o desfecho do atendimento, percebeu-se que tanto crianças (50,70%) como adolescentes (50,98%) receberam encaminhamento para o Centro de Saúde da Família (CSF). Ressalta-se que apenas 1,41% das crianças e 0,99% dos adolescentes foram encaminhados ao Serviço de Psicologia Aplicada da UFC.

Tabela 3 - Caracterização do *status* dos prontuários e encaminhamentos das crianças e adolescentes atendidos no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral/CE

Status do prontuário em 2020	Crianças	Adolescentes
	n (%)	n (%)
Ativo	112 (55,72)	134 (48,72)
Inativo	89 (44,28)	141 (51,28)
Total*	201 (100,00)	275 (100,00)
Motivo do inativo:		
Abandono	34 (47,89)	45 (44,11)
CAPS AD ¹	0 (0,00)	4 (3,92)
CSF ²	36 (50,70)	52 (50,98)
SPA-UFC ³	1 (1,41)	1 (0,99)
Total*	71 (100,00)	102 (100,00)
Sobre <i>status</i> abandono		
Território geopolítico:		
Zona urbana	18 (64,30)	36 (94,83)
Zona rural	9 (32,10)	10 (4,7)
Outro município	1 (3,60)	1(0,47)
Total*	28 (100,00)	47 (100,00)
Nº de atendimento recebido no CAPS II		
1-2	10 (52,64)	5 (21,74)
3-4	2 (10,52)	5 (21,74)
>4	7 (36,84)	13 (56,52)
Total*	19 (100,00)	23 (100,00)

Fonte: Elaborada pela autora.

*Total de registro da variável. ¹Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. ²Centro de Saúde da Família. ³Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Ceará – Sobral.

Ao buscar compreender os possíveis motivos para as crianças e os adolescentes a abandonarem o acompanhamento no CAPS do tipo II, verificou-se que 43 prontuários continham contato telefônico dos responsáveis legais. Destes, 34 não foi possível finalizar a ligação e, em quatro, o contato era de outra pessoa. Porém, em apenas cinco contatos telefônicos realizados, foi possível saber o motivo do abandono, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização do contato telefônico com os responsáveis das crianças e adolescentes atendidos no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará

Contato com o responsável	Criança		Adolescente	
	n	%	n	%
Possuía contato, mas número desatualizado ou mudança do número telefônico	18	52,94	20	44,44
Possuía contato e foi possível completar a informação	2	5,88	3	6,67
Não possuía contato	14	41,18	22	48,89
Total	34	100,00	45	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Sobre a complementariedade da informação sobre a dificuldade das crianças e adolescentes serem acompanhadas no CAPS tipo II, evidenciou-se as dificuldades de 5 (cinco) responsáveis sendo três de adolescentes que residiam na zona urbana e dois de crianças que uma residia na zona urbana e a outra na zona rural, demonstradas a seguir.

Ela está bem, por apresentar melhora, não sente mais nada, não foi para as consultas de retorno. (D1 de um adolescente com idade de 13 anos).

A criança é agressiva e chorona e não fui adiante com as consultas, mas me arrependo. (D2 de uma criança com idade de 5 anos).

Do mesmo jeito e não houve marcação de retorno. (D3 de uma criança com idade de 9 anos).

Ele encontra-se bem e não houve marcação de retorno. (D4 de um adolescente com idade de 13 anos).

Ele encontra-se bem, após acompanhamento com a psicoterapia, por isso, não retornou ao CAPS. (D5 de um adolescente com idade de 13 anos).

Quanto à identificação da hipótese de diagnóstico, verificou-se que nos registros de 67,75% das crianças e 48,39% dos adolescentes constava apenas uma e que apenas em 6,45% dos registros de crianças e adolescentes, havia mais de duas HD, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Identificação do quantitativo de Hipótese de Diagnóstico (HD) por CID-10, notificada no atendimento a crianças e adolescentes no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará.

Nº DE HIPÓTESE DIAGNÓSTICO	Crianças n (%)	Adolescentes n (%)
1	21 (67,75)	15 (48,39)
2	8 (25,80)	14 (45,16)
> 2	2 (6,45)	2 (6,45)
Total*	31 (100,00)	31 (100,00)

Fonte: Elaborada pela autora.

*Total de registro da variável.

Sobre o registro da Hipótese de Diagnóstico no atendimento verificou-se quem em sua maioria não tinha a identificação do CID-10 sendo 60,31% no registro das crianças e 71,11% dos adolescentes. Ressalta-se que nos registros foram identificadas 52 tipificações de CID-10 e sendo os transtornos hipercinéticos (F90) registrados com mais frequência (7,73%) para as crianças e depressão (F32) (5,92%) para os adolescentes, conforme tabela 6.

Tabela 6 - Identificação das três Hipóteses de Diagnóstico por CID-10 notificadas no atendimento das crianças e adolescentes no CAPS do tipo II, 2016-2019, Sobral, Ceará.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO	N	%
Criança		
F41	12	6,18
F84	11	5,68
F90	15	7,73
Outros	39	20,10
Sem registro de HD	117	60,31
Total	194	100
Adolescente		
F32	16	5,92
F41	9	3,34
F60	9	3,34
Outros	44	16,29
Sem registro de HD	192	71,11
Total	270	100

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 Caracterização da infraestrutura e farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes

Na identificação dos espaços físicos do CAPS II, verificou-se que não possuíam espaço lúdico para as crianças, sanitários para pessoas com necessidades especiais para o público masculino e feminino, quarto com banheiro para plantão, considerando que não havia funcionamento após horário comercial (Anexo G), sala de reunião, refeitório, almoxarifado, banheiro com vestuário para funcionários, Depósito de Material de Limpeza (DML), sala de utilidades, área externa de convivência, área externa para embarque e abrigo GLP (abrigo de botijão de gás, fogão doméstico com botijão de gás).

Identificou-se um espaço de acolhimento, oito salas de atendimento individualizado, uma sala de atividades coletivas, um espaço interno de convivência (área de estar para paciente, acompanhante de paciente e estagiário), uma sala multiuso, um sanitário PNE público *unissex* (deficiente ou mobilidade reduzida), uma sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação), um posto de enfermagem, uma sala administrativa, dois banheiros para funcionários, dois arquivos, uma cozinha e uma área de serviços.

Na identificação da infraestrutura da farmácia do CAPS II, observaram-se os quesitos gestão do serviço de farmácia, disponibilidade dos medicamentos essenciais às crianças e adolescentes e condições de conservação e armazenamento dos medicamentos da farmácia. Nessa análise, considerou-se a existência ou não da atividade/farmacêutico.

Como resultado da categoria analítica sobre a Gestão do Serviço Farmacêutico, verificou-se que não havia atividades do Farmacêutico voltadas às crianças e adolescentes, mas existia presença do profissional e a farmácia era informatizada. Verificou-se disponibilidade dos medicamentos essenciais às crianças e adolescentes.

Na categoria Condições e armazenamento dos medicamentos na farmácia, observou-se ambiente da farmácia limpo, sem poeira ou sujeira aparente, piso, teto, balcões e paredes conservados, paredes conservadas, paredes de cor clara lavável, produtos protegidos da ação direta da luz solar, área livre de umidade, medicamentos estocados sem contato direto com o solo e a parede, medicamentos armazenados por ordem alfabética, forma farmacêutica, classe terapêutica ou por

ordem de vencimento, armário com chave para controlados, sinalização para acesso à farmácia e instalação elétrica apropriada. Mas, não apresentou método para controlar a temperatura, ventilação com saída de ar, geladeira para conservação pelo frio, equipamento de segurança para combater incêndios (extintores, mangueiras) e termômetro com mapas para controle de temperatura no estabelecimento

Sobre a distribuição dos serviços de Farmácia, considerando os parâmetros referenciais de Gondim *et al.* (2011), apresenta-se a Tabela 5.

Tabela 7 - Distribuição dos serviços de farmácia do CAPS II Damião Ximenes Lopes, em Sobral, Ceará

Categorias	Ótimo	Satisfatório	Precário	Insuficiente
Gestão do serviço de farmácia			66,66%	
Disponibilidade dos medicamentos essenciais a crianças e adolescentes	100%			
Condições de conservação e armazenamento dos medicamentos na farmácia		75%		

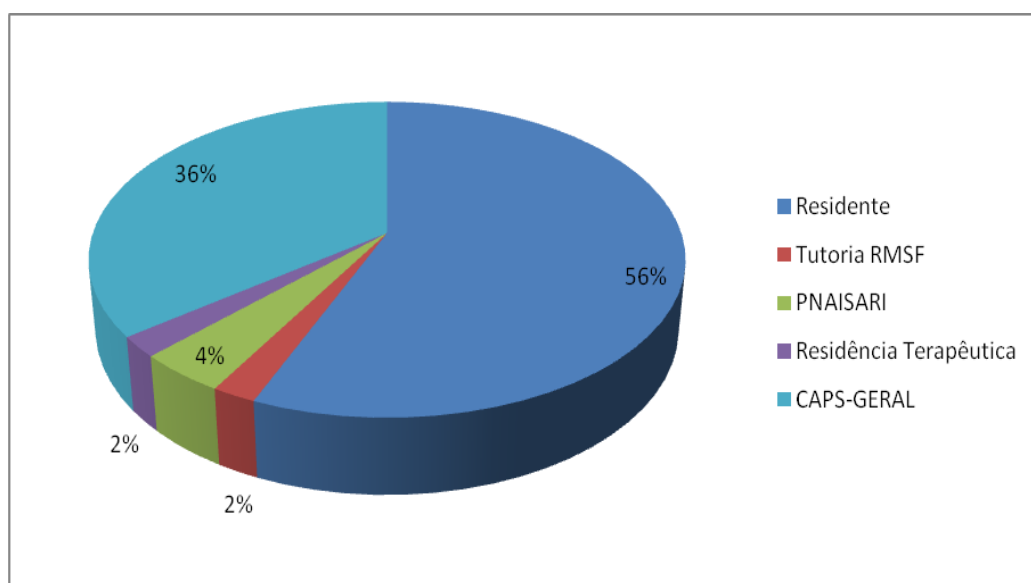
Fonte: Elaborada pela autora.

5.3 Caracterização dos profissionais que atuam no CAPS II Damião Ximenes Lopes de Sobral

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2021), o número de profissionais atuantes no CAPS II Damião Ximenes Lopes era 89, sendo 48 com graduação e categorizados como residentes (27; 56,0%), Residência Terapêutica (1; 2,0%), Tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) (1; 2,0%) e atuantes diretamente no serviço (17; 36,0%) e dois (4,0%) na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em Conflito com a Lei (PNAISARI), conforme Gráfico 3 e anexo E.

Neste estudo, incluíram-se os 17 profissionais com graduação e vínculo empregatício exclusivo com a instituição. Dentre esses profissionais, um assistente social, seis médicos psiquiatras, cinco psicólogos, dois educadores físicos, dois enfermeiros e um farmacêutico.

Gráfico 3 - Distribuição dos profissionais do CAPS II Damião Ximenes Lopes segundo vínculo com o serviço, Sobral, Ceará



Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

Ao considerar o contexto do Centro de Atenção Psicossocial de um município da zona norte do Ceará, no período de 2016-2019, o objetivo deste estudo foi analisar as características sobre a admissão de crianças e adolescentes nesse Centro. Ao analisar o fluxo de atendimento por ano/mês à população em geral, crianças e adolescentes, verificaram-se oscilações no quantitativo de atendimentos de crianças e adolescentes.

Na identificação do território geopolítico, verificou-se que a maioria da população em geral, crianças e adolescentes residiam na zona urbana. Assim, observou-se necessidade de averiguar os preceitos éticos e organizacionais do SUS quanto à universalidade e regionalização, bem como trazer a importância do acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental, independente do território geopolítico de residência.

Estudo afirma resultados semelhantes como em estudo realizado no CAPS do tipo II, em Valparaíso, de Goiás, em que foram analisados 2.848 registros de atendimento, apresentando oscilação no quantitativo de atendimento entre janeiro de 2018 e janeiro de 2019 (MORAES FILHO *et al.*, 2020).

Ao trazer esses dados para o contexto político atual da saúde mental no Ministério da Saúde, Dimenstein *et al.* (2020) fazem observações quanto à desfiguração da logística da organização do sistema de saúde nos três níveis de atenção à saúde, considerando a necessidade de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária. Estudo descritivo realizado por esses autores buscou discutir a equidade e o acesso ao serviço de saúde mental no Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí, mostrando que no Ceará há concentração dos serviços especializados de Atenção Psicossocial nas capitais e grandes municípios no interior do estado, assim como há dificuldade de transporte da população aos serviços de saúde. Outro aspecto apresentado foi o quantitativo de CAPSi (7/131), baixo, comparado ao Rio Grande do Norte (3/39).

Sobre os motivos de abandono de acompanhamento, tem-se que crianças e adolescentes constitui público vulnerável, com necessidades específicas e particularidades para as intervenções dos serviços de saúde, sendo necessário compreender as dificuldades sobre o acesso destes aos serviços de saúde, como geográficas, referentes à distância da residência ao serviço e tempo utilizado pelo

usuário no deslocamento à unidade de saúde; organizacionais do serviço de saúde; disponibilidade na oferta de exames necessários e de transporte (CUBAS; VOSGERAU; CARVALHO, 2018). Pagliace *et al.* (2019) ressaltam que o atendimento à criança e ao adolescente necessita de cuidados diferenciados nos serviços de saúde, de modo a considerar características física, psíquica e mental.

Ao realizar comparação da distribuição de crianças e adolescentes no território geopolítico do município da pesquisa, observou-se intervalo com concentração de idade entre 5 e 10 anos, entre as crianças; e 16 a 19 anos entre os adolescentes. Porém, o quantitativo por idade é oscilante, não apresentando especificidade quanto ao território geopolítico. Mas, ao correlacionar a Hipótese de Diagnóstico (HD) com a faixa etária, foi possível identificar, na literatura científica, estudos com dados semelhantes.

Sobre a HD registrada no atendimento de crianças e adolescentes, no período de 2016 -2019, verificou-se que o Código de Identificação da Doença (CID-10) mais citado para as crianças foi F90 - Transtornos Hipercinéticos com 15/77, referente a 19,48%; e F32, com 20,51% (12/78) para os adolescentes.

Sobre a categorização dos transtornos mentais, de acordo com a Codificação Internacional de Doença, faz-se necessário discutir que a ampliação dos critérios de diagnósticos considerando as orientações da DSM-5, tem sido associada a fenômenos sustentados por interesses corporativos e econômicos. Enfatiza-se que aumento do número de diagnóstico em pessoas identificadas como “doentes” tem como consequência a ampliação de uma rede de serviços, espaços de formação, sistemas de tratamento e uso de dispositivos que podem ser químicos ou de acompanhamento técnico (OLIVEIRA; SILVA; BAPTISTA, 2020).

Outro aspecto a ser cogitado quanto ao diagnóstico de transtornos mentais em crianças no contexto da educação é que as dificuldades em leitura e escrita são diagnosticadas a partir da busca das causas, em seguida a indicação farmacoterapêutica ou o acompanhamento terapêutico. Ou seja, sofrem explicações organicistas em prol da patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola. Nesse cenário, há a defesa da medicalização do aprender como direito da criança e da família em saber o problema que a criança tem e, ao Estado brasileiro, cabe assumir as despesas do diagnóstico, tratamento medicamentoso e não medicamentoso (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

A patologização é um processo que consiste em impor *status* de doença, deriva-se como face obscura do processo de medicalização. Para Negreiros, Fonseca e Costa (2019), não é desconsiderar a existência de transtornos psicológicos, mas ter olhar cuidadoso e integral sobre a criança, evitando diagnósticos equivocados, a partir de análise biologicista.

Em pesquisa realizada por Leitão *et al.* (2020), em um CAPSi, sobre a hipótese de diagnóstico registrada em prontuários de crianças e adolescentes, identificou-se que 65,33% (n=49) não apresentavam informações. Este resultado aproxima-se do resultado verificado neste estudo, em que 62,54% (n=502) dos registros de HD nos prontuários de crianças e adolescentes não continham HD. Silva e Ghazzi (2016) ressaltam a dificuldade e complexidade de avaliação diagnóstica de psicopatologias na infância como possível motivo para esse não registro. Para propor possível diagnóstico, são necessários anamnese, exame físico e mental, para observar os fatores de risco, sinais, sintomas e gatilhos que desencadeiam os agravos (SERRADILHA; GOMES; REAL, 2018).

Outra pesquisa descritiva que condiz com o resultado desta pesquisa foi realizada em município no interior do estado de São Paulo, Brasil, com cerca de 100 mil habitantes, em que foram analisados, de forma aleatória, 121 prontuários de crianças e adolescentes com idades entre seis e 15 anos, cuja maioria das crianças (80%) foi diagnosticada com TDAH e 88% dessa população estava na faixa etária entre seis e 10 anos de idade (VIZOTTO; FERRAZZA, 2016).

De acordo com o protocolo clínico sobre transtornos hipercinéticos, compreendem-se como déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), com início precoce nos cinco primeiros anos. A criança apresenta falta de continuidade nas atividades que exigem envolvimento cognitivo, inquietação na resolução das atividades e atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva (SANTA CATARINA, 2015).

Para Santos, Pereira e Negreiros (2020), indisciplina, agressividade, dificuldades de aprendizagem não devem e não podem ser analisadas isoladamente, mas a partir de um diagnóstico das relações professor-aluno, aluno-conteúdo, aluno-aluno, aluno-estatutos escolares, aluno-comunidade, professor-comunidade, sendo necessária a construção de um ambiente escolar adequado, sensibilização e formação dos professores com estratégias de ensino diferenciadas e que reflitam sobre a prática profissional, com intuito da desmedicalização.

Na categorização da HD entre os adolescentes, observou-se depressão (F32) e, correlacionando com a faixa etária mais notificada (16 a 19 anos), tem-se o cuidado sobre a possibilidade de quadro grave da patologia com as respectivas consequências. Pesquisa realizada com 300 adolescentes entre 12 e 18 anos que estudavam em escola pública na cidade de João Pessoa (Paraíba) mostrou que os sintomas de depressão estavam correlacionados com a baixa percepção da Qualidade de Vida (QV) e Bem-Estar (BES), sendo necessário preveni-la, por meio da promoção da QV e do Bem-Estar (BES) dos adolescentes (PINTO *et al.*, 2018).

Nesse mesmo contexto de discussão sobre a depressão na adolescência, estudo realizado em Portugal buscou investigar a qualidade da relação pais/filhos e a satisfação com a vida enquanto preditores de depressão, com amostra de 534 adolescentes com média de idade de 14,45 anos (DP=89), tendo como resultado a baixa qualidade das relações familiares e a boa satisfação com a vida, reforçando que não somente a ausência de sintomas negativos, como também a presença de aspectos positivos, é importante no enfrentamento da depressão na adolescência (COSTA; MATOS; COSTA, 2018).

De acordo com Zanella *et al.* (2016), após o surgimento do DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3ª Edição*), na década de 1980, surgiu a medicalização como forma estratégia prioritária no tratamento terapêutico dos transtornos mentais, assim como diagnósticos baseados no discurso biológico e hegemônico. Nesse estudo, verificou-se a predominância de uma única hipótese de diagnóstico. Porém, ressalta-se que o transtorno mental comum se refere a uma situação de saúde que não alcança critérios satisfatórios para diagnósticos, sendo necessário verificar os sintomas, como queixas somáticas, insônia, esquecimentos, irritabilidade, dentre outros (SANTOS *et al.*, 2019). Porém, percebe-se a limitação do diagnóstico ao seguir as orientações das DSM, ao considerar o olhar estritamente biológico.

Ao averiguar o *status* dos prontuários das crianças, identificou-se que 55,72% (122/201) estavam como ATIVO, significando que continuavam em acompanhamento com a equipe do CAPS do tipo II. E, 44,28% (89/201) estavam como INATIVO, correspondendo à situação em que as crianças receberam encaminhamento para outros setores ou abandono.

Sobre os encaminhamentos recebidos pelas crianças, (36/71) 50,70% foram encaminhadas para o Centro de Saúde da Família (CSF), (1/71) 1,41% para o Serviço de Psicologia Aplicada e (34/71) 47,89% estavam como abandono.

Ao realizar encaminhamento a outros serviços, os profissionais de saúde precisam identificar as reais necessidades das crianças e adolescentes, assim como a necessidade de descentralização e ampliação da assistência no município, de modo a promover a integralidade do atendimento (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos constituintes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), centrada no cuidado e com capilaridade em todo território nacional. Outro aspecto relevante da APS é a proximidade das equipes de saúde com as famílias, escolas e outros espaços de convivência das crianças e adolescentes, o que favorece o vínculo e a efetividade das ações realizadas nos territórios (BRASIL, 2014b). Neste sentido, verifica-se a importância da APS no acompanhamento de crianças e adolescentes como desfecho do conhecimento das necessidades destes (FERNANDES *et al.*, 2019). Porém, é fato que a saúde de crianças e adolescentes ainda não tem visibilidade quanto à existência de uma política de saúde mental e profissionais de saúde capacitados às necessidades específicas desse público (TREGA; MARTINS; SILVA, 2019).

Estudo realizado em Sobral - CE mostrou que os médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) se consideravam despreparados para o atendimento das demandas de saúde mental e apontavam fatores importantes para caracterização desse contexto, como deficiência de disciplinas na graduação que abordassem a temática saúde mental na atenção comunitária; formação profissional voltada a “preconceitos” e “tabus” em relação ao atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais; sistemas de informação oferecidos eram ineficazes e não privilegiavam adequadamente os atendimentos de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PEREIRA; ANDRADE, 2017).

No *status* de inativo, devido ao abandono, teve-se a necessidade de identificar o contato telefônico dos responsáveis pelas crianças e adolescentes para compreender o motivo do abandono, sendo possível contactar cinco responsáveis legais, os quais três afirmaram que as crianças/adolescentes estão bem e dois informaram não apresentar melhora e não receberam agendamento de retorno.

Deste, uma fala reforçou a importância da psicoterapia na melhora da situação clínica do adolescente.

Diante do exposto sobre o abandono, percebeu-se a necessidade de sensibilizar os responsáveis legais das crianças e adolescentes quanto ao retorno do acompanhamento, verificar as ações dos profissionais do CAPS em realizar articulação com a APS, com intuito de alcançar a integralidade, evitar internamentos desnecessários e sofrimento familiar com o adoecimento da criança e do adolescente. Pois, os transtornos mentais e comportamentais na infância e adolescência exercem impacto significativo sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade envolvida, assim como no desenvolvimento da fase adulta destes. (KAPPEL *et al.*, 2020). Outro aspecto a ser refletido é a necessidade de atualização das informações dos usuários em cadastros, para que seja possível realizar busca ativa e minimizar os riscos de abandono. Pois, em uma busca ativa, é possível perceber de forma holística o contexto familiar e social do usuário quanto ao espaço e território, bem como as relações com os familiares.

Como resultado da infraestrutura do CAPS II, observou-se que não possuir espaço lúdico para as crianças impossibilitava a produção de subjetividade desse público, considerando as especificidades quanto ao desenvolvimento físico, emocional e social.

Para Cervo (2010) a criança nos espaços lúdicos pode ser vivenciar várias sensações a depender da condição de possibilidade do momento; elas podem experimentar outros papéis, podendo ser criança-experimento, criança-resistência, criança-defesa, criança-rejeição, criança-potência e criança-invenção. Silva et al. (2017) afirmam que o brincar é essencial para elaboração de sentidos e construção do seu próprio universo, que para ela representa a realidade e faz diferença na proposta de cuidado ofertada durante a abordagem no atendimento, sendo ele uma válvula libertadora das práticas engessadas e, impulsionador de sensibilidade, leveza, inventividade e plasticidade

Silva et al (2017) afirmam que o cuidar e o brincar para a criança são importantes e imbricados, configurando-se como suas necessidades básicas. Compreendendo que a dimensão de cuidado não se limita ao corpo, mas se amplia para uma gama de significações reais e simbólicas, que contribuem para novos modos de subjetivação, torna-se imprescindível que espaços destinados a cuidar de

crianças, como é o caso do CAPSi, potencializem o brincar em seu espaço. Ressalta-se que o espaço do CAPSi é um ambiente de cuidado e fundamental para o desenvolvimento da criança possibilitando a reprodução do mundo que lhes cerca, assim como desempenho de papéis exigidos pela sociedade (PACHECO; GARCEZ, 2012).

Goulart, Lucchesi e Chiari (2010) ressaltam que as práticas nos serviços de saúde devem contemplar a humanização, atenção integralizadora da criança com uso de atividades lúdicas, com base no desenvolvimento infantil. Pois, por intermédio da brincadeira, a criança emprega e adquire conceitos, de acordo com o desenvolvimento linguístico.

No estudo realizado por Silva *et al.* (2017) que teve como objetivo compreender as relações do cuidar e do brincar em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), no Vale do São Francisco, na perspectiva de 13 crianças com idades entre sete e 11 anos, apresentaram-se as seguintes compreensões: cuidado como comida; cuidado como afeto; retribuição do cuidado; ambiência como fator de cuidado; CAPSi como lugar de brincar; prazer e envolvimento lúdico. Diante das compreensões das crianças, os autores perceberam a importância do protagonismo da criança em atividades dinâmicas e flexíveis.

Para o público infantil, a ambiência física adequada facilita e proporciona a comunicação e elaboração de conflitos, sendo necessárias as atividades lúdicas com jogos, brinquedos e tormentos musicais. Desta forma, os profissionais conseguem criar vínculo com as crianças, conseqüentemente, interagem e proporcionam comunicação (RONCHI; AVELLAR, 2013).

Em estudo qualitativo realizado por Willrich *et al.* (2013) que teve como objetivo apreender a importância da ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial e a relação com o processo terapêutico em saúde mental, realizado no CAPS I e II, da Região Sul do Brasil, equipe (21), usuários (11) e familiares (12) participaram de entrevistas, sendo uma das evidências obtidas a dificuldade para realização das ações terapêuticas, uma vez que a estrutura física era alugada, com dois pisos e pouco espaço para realização das oficinas. Logo, os limites arquitetônicos comprometiam a localização dos setores, o funcionamento e as condições ambientais. Os entrevistados ressaltaram que seria importante ter uma sede própria e de fácil acesso, sendo preciso investimento financeiro dos gestores

na assistência à saúde mental. Esse contexto de ambiência condicionada ao espaço físico é semelhante ao CAPS II desta tese.

Ronchi e Avellar (2013) trazem a teoria de Donald Woods Winnicott para compreender o papel do ambiente no desenvolvimento psíquico do indivíduo e os elementos necessários para ambiência adequada para um trabalho terapêutico. De acordo com essa teoria, presença, atenção aos objetos existentes nos espaços, sustentação e manejo das atividades são importantes na ambiência de atenção psicossocial. E, através dessa ambiência adequada, permite-se que o indivíduo faça uso dos símbolos de sua cultura, como subsídios de sentido da história pessoal, ou seja, as informações contidas nos espaços físicos de um serviço de saúde podem ser meio de comunicação e interação entre pacientes e profissionais, conseqüentemente, intervenções terapêuticas adequadas.

Costa *et al.* (2013) analisaram a importância da realização da Oficina Terapêutica Contos Infantis, por dois anos como espaço lúdico, com crianças a partir dos sete até os 10 anos de idade, atendidas no CAPSi, em Santa Maria, e verificou-se mudança das crianças quanto à socialização e à possibilidade de simbolização. Outra contribuição foi identificá-la como dispositivo clínico relevante no atendimento das crianças, realizando atividades criativas com registro verbal e incorporação de mediação afetiva sensoriomotora.

Outro item não presente na infraestrutura foi o sanitário para pessoas com necessidades especiais para o público masculino e feminino. Nesse contexto, no Brasil, tem-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL, 2002c). E, dentre as principais diretrizes, a atenção integral à saúde e a promoção da qualidade de vida visam assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência, para a prática do direito à saúde. Ressalta-se que essa política está seguindo um dos princípios éticos do SUS que é a equidade, buscando igualdade de oportunidades e oportunizando a justiça social.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como diretrizes a promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e capacitação de recursos humanos. Desta forma, é assegurado à pessoa com deficiência o direito a receber o

atendimento integral, considerando a organização do setor da saúde. Já a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem atribuição na articulação de uma rede de serviços integrada e efetiva nos diferentes níveis de atenção e início de forma precoce às ações de reabilitação e prevenção de incapacidades.

Outros setores, também, não existiam no CAPS II: sala de reunião, refeitório, almoxarifado, banheiro com vestuário para funcionários, Depósito de Material de Limpeza (DML), sala de utilidades, área externa de convivência, área externa para embarque e abrigo GLP (abrigo de botijão de gás). Como orientação do Ministério da Saúde sobre ambiência nos serviços de saúde, tem-se a necessidade de projetar salas multifuncionais ou espaços contíguos e agrupados, evitando compartimentos com usos específicos que gera a fragmentação do processo de trabalho e, conseqüentemente, fragmentação do espaço (BRASIL, 2010).

Quanto à área externa de convivência, compreende-se como espaço de acolhimento encontros entre os sujeitos, espaço de escuta e de recepção, para proporcionar a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores, lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente dos acompanhantes dos usuários, ou seja, lugar de estar e relaxar. Esse espaço deverá disponibilizar conforto com vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores e artes, assim como realização de atividades físicas, como relaxamento e alongamento para trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010).

Os espaços identificados no CAPS II foram: um espaço de acolhimento, oito salas de atendimento individualizado, uma sala de atividades coletivas, um espaço interno de convivência, uma sala multiuso, um sanitário PNE público *unissex*, uma sala de aplicação de medicamentos, um posto de enfermagem, uma sala administrativa, dois banheiros para funcionários, dois arquivos, uma cozinha e uma área de serviços, tendo como base as orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios (BRASIL, 2015c).

Olschowsky *et al.* (2009) afirmam que saúde e ambiência estão interligados e interdependentes, considerando que ambos podem ser terapêuticos. Pois, a estrutura física, os recursos humanos e as relações sociais nos espaços de trabalho caracterizam conforto, subjetividade e processo de trabalho e que estes aspectos podem interferir no tratamento do usuário.

O CAPS Damião Ximenes Lopes possui 89 trabalhadores, 48 com graduação e 41 com ensino médio. Os 48 trabalhadores com graduação atuam atuando como residentes, na residência terapêutica, na tutoria da RMSF, PNAISARI ou diretamente no serviço.

Ao comparar as condições de estruturação de uma CAPS, nas modalidades II e III, tem-se a Portaria de n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), uma vez que a modalidade de CAPS II deverá ser implantada em municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Este deverá funcionar no horário comercial, durante os cinco dias úteis da semana, o mesmo acontece no CAPS estudado. A equipe mínima para essa modalidade é de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional que venha a contribuir no projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Quanto à composição dos recursos humanos, o CAPS do tipo III diferem do CAPS II na quantidade de psiquiatras que são dois, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio. Ou seja, o município estudado apresentou os quesitos necessários para estruturação de CAPS do tipo III, conforme os recursos humanos.

O município estudado possui a Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) que oferta duas categorias de residências, uma multiprofissional e outra médica. Na residência multiprofissional, têm-se Saúde Mental e Saúde da Família e, na residência médica, Psiquiatria e Medicina de Família. Enfatiza-se que, anteriormente, a ESP-VS tinha o nome Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e foi inaugurada em 6 de julho de 2001, tendo como missão a formação em serviço, promovendo ações educativas na saúde em parceria com o sistema municipal de saúde de Sobral. A EFSFVS surgiu no contexto após a reforma psiquiátrica e de construção das novas políticas públicas e práticas profissionais, decorrentes dessas políticas implantadas em Sobral, a partir de 1997, trazendo um novo projeto político-administrativo para o município (SOBRAL, 2021).

O Programa Residência Médica em Psiquiatria (PRM-P) dispõe de três vagas anuais, formou a primeira turma em 2011, em que, aproximadamente, 50% dos egressos estão atuando nos municípios circunvizinhos e participando dos processos de Educação Permanente, assim como pós-graduações.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi criada em 1999. Inicialmente, foi constituída por médicos e enfermeiros e, hoje, abrange, também, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, nutricionistas e farmacêuticos que atuam no sistema de saúde de Sobral. Foram finalizadas 14 turmas, com 375 profissionais capacitadas a atuarem no SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) foi criada em 2013, cujas atividades são desenvolvidas no apoio institucional ao CAPS II e RAISM, acompanhando com cinco preceptores, promovendo orientações a partir dos princípios do SUS, Reforma Psiquiátrica Brasileira e interprofissionalidade aos profissionais-residentes com formação na área da saúde mental (SOBRAL, 2021).

O Ministério da Educação e Ministério da Saúde trazem na Portaria de n. 1.007 de 2009 a perspectiva da modalidade da Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, de forma diferenciada de formação, oportunizando o diálogo da teoria com a prática profissional, de forma articulada entre a academia e os serviços de saúde, nos três níveis de atenção à saúde, buscando responder à política governamental, promovendo a transformação a partir da aprendizagem significativa, reflexiva e participativa. As atividades exercidas por profissionais-residentes deverão ser fundamentadas no processo de cuidado, considerando promoção da saúde, prevenção das doenças e seus agravos, recuperação e reabilitação da saúde no aporte da integralidade das necessidades dos usuários, direito à saúde e cidadania (BRASIL, 2009b).

Kinker *et al.* (2018) realizaram a análise dos desafios em se produzir o cuidado de forma interprofissional por residentes que faziam parte do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo, em parceria com a Secretaria de Saúde de Santos, e verificaram que a proposta de estudo da residência multiprofissional é mais eficaz, pois é um processo dinâmico, em que todos aprendem e ensinam juntos, ou sejam, religam os saberes, na perspectiva de realidades emancipatórias. Porém, as práticas são vivenciadas em situações precarizadas de trabalho e trazem reflexão quanto às condições financeiras do residente, ao identificarem como mão de obra com baixos salários e poucos direitos sociais.

Outro resultado alcançado da pesquisa foi relacionado à infraestrutura da farmácia do CAPS quanto à gestão do serviço de farmácia, disponibilidade dos

medicamentos essenciais a crianças e adolescentes e condições de conservação e armazenamento dos medicamentos da farmácia. No quesito serviços ofertados na farmácia, verificou-se presença do profissional por 40h semanais e farmácia informatizada. Porém, a única atividade realizada diretamente com os usuários pelo farmacêutico era a dispensação. Porém, o profissional farmacêutico não realiza atividades e atendimento para crianças e adolescentes.

Na discussão dos serviços prestados pelo profissional farmacêutico na farmácia, considerou-se como legislação vigente, relacionando à infraestrutura e atuação do farmacêutico, as Resolução de nº 44, de 17 de agosto de 2009, Portaria de nº 344 de 1998, Resolução de nº 585 de 29 de agosto de 2013 e a nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que dispõem, respectivamente, das Boas Práticas Farmacêuticas, atribuições clínicas do farmacêutico e instituição da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS) (BRASIL, 2009a; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013; BRASIL, 2011c).

De acordo com as orientações para organização da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), são atividades a serem realizadas por profissionais: elaboração de projeto terapêutico singular e comunitário; dispensação de medicamentos; encaminhamento e acompanhamento dos usuários que moram ou estão em residências terapêuticas; prestação de assessoria e acompanhamento das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes de Saúde da Família no cuidado familiar, assim como nos outros pontos da RAPS (BRASIL, 2011).

As atribuições clínicas do profissional farmacêutico têm como preceitos norteadores a promoção da saúde e prevenção das doenças e respectivos agravos, nos três níveis de atenção à saúde, no âmbito do SUS, considerando o usuário, a família e comunidade, de modo a promover o uso racional de medicamentos, otimizar a farmacoterapia prescrita e melhorar a qualidade de vida dos usuários. As atividades deverão ser realizadas em consonância com as políticas de saúde, a comunicação e educação em saúde, a gestão da prática, no âmbito individual e coletivo (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). Atividades correlacionadas à Atenção Farmacêutica, dispensação de medicamentos, farmacovigilância, ao momento de educação em saúde, à educação permanente, participação na elaboração de projetos terapêuticos, visita domiciliar, participação em grupos

operativos, ao aconselhamento farmacêutico, assim como à aferição parâmetros fisiológico e bioquímico do usuário (BRASIL, 2009).

Estudo transversal realizado na região Paraopeba, Minas Gerais, Brasil, objetivou avaliar as condições da Assistência Farmacêutica (AF), em 15 CAPS, por meio observacional e entrevistas com farmacêuticos e gestores da AF, e apresentou dispensação em 13 CAPS; além de lista de medicamentos essenciais e disponibilidade alta dos principais medicamentos utilizados na saúde mental. Em todos aos CAPS, havia um farmacêutico durante o funcionamento da fFarmácia e, em um CAPS, identificou-se atuação do farmacêutico direcionada aos usuários relacionada ao uso de medicamentos em uma CAPS. Ou seja, havia a necessidade de maior participação nas atividades assistenciais, como equipe de referência em saúde mental (SILVA; LIMA, 2017).

Ressalta-se que a presença do farmacêutico no CAPS é importante, uma vez que o usuário com transtorno mental faz uso de fármacos que atuam no sistema nervoso central e podem causar dependência química, reações adversas e interações medicamentosas. Ademais, este profissional atua como protagonista da prática, inserido na equipe multiprofissional, tanto no campo de conhecimento comum aos profissionais de saúde, como no campo específico do farmacêutico, de forma interdisciplinar.

Outra categoria analítica foi relacionada às condições e ao armazenamento dos medicamentos na farmácia, em que se observou ambiente da farmácia limpo, sem poeira ou sujeira aparente, piso, teto, balcões e conservados, paredes de cor clara lavável, produtos protegidos da ação direta da luz solar, área livre de umidade, medicamentos estocados sem contato direto com o solo e sem contato direto com a parede, medicamentos armazenados por ordem alfabética, forma farmacêutica, classe terapêutica ou por ordem de vencimento, armário com chave para controlados, sinalização para acesso à farmácia e instalação elétrica apropriada. Esses aspectos encontram-se nos art. 6,7 das Boas Práticas Farmacêuticas:

§1º As instalações devem possuir superfícies internas (piso, paredes e teto) lisas e impermeáveis, em perfeitas condições, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis.

§2º Os ambientes devem ser mantidos em boas condições de higiene e protegidos contra a entrada de insetos, roedores ou outros animais.

§3º As condições de ventilação e iluminação devem ser compatíveis com as atividades desenvolvidas em cada ambiente.

§4º O estabelecimento deve possuir equipamentos de combate a incêndio em quantidade suficiente, conforme legislação específica (BRASIL, 2009).

Quanto ao armazenamento da farmácia, seguem-se as orientações do art. 35:

§1º O ambiente destinado ao armazenamento deve ter capacidade suficiente para assegurar o armazenamento ordenado das diversas categorias de produtos.

§2º O ambiente deve ser mantido limpo, protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.

§3º Para aqueles produtos que exigem armazenamento em temperatura abaixo da temperatura ambiente, devem ser obedecidas às especificações declaradas na respectiva embalagem, devendo a temperatura do local ser medida e registrada diariamente (BRASIL, 2009).

No CAPS II pesquisado, havia guarda segura dos fármacos que atuam no sistema nervoso central, em armário com chave, conforme art. 37 das Boas Práticas Farmacêuticas e Portaria nº 344/98, sob a responsabilidade do farmacêutico. Porém, não havia controle de temperatura, implicando manutenção da temperatura indicada pelo fabricante dos medicamentos, favorecendo a possibilidade de perda da eficácia.

De acordo com as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos, é importante o controle do processo de armazenamento, mapeando por meio dos Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e com registros, intuito de manter a integridade dos medicamentos quanto à eficácia, considerando que a padronização assegura a sequência correta das ações envolvidas na etapa do armazenamento (BRASIL, 2019).

Sobre a inexistência de equipamento de segurança para combater incêndio, tem-se a norma técnica de nº 8 de 2008, do Corpo de Bombeiros Militar, que classifica as farmácias/drogarias/depósitos como C-2 e carga de incêndio (qfi), em MJ/m², no valor de 1000, considerado de média carga de incêndio, sendo necessária saída de emergência, sinalização de emergência, extintores e central de gás (CEARÁ, 2008).

A ambiência preconizada no SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde tem como arcabouço a Política Nacional de Humanização, por meio de ferramentas e dispositivos para articular redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Essa ambiência deverá seguir três eixos: o espaço deverá disponibilizar conforto centralizado na privacidade e individualidade

dos sujeitos; o entorno deverá possibilitar a produção de subjetividades, mediante encontros e reflexão sobre os processos de trabalho; e ferramenta facilitadora do processo de trabalho, com objetivo de otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010).

Na área da saúde mental, a ambiência compreende os espaços como facilitadores do processo terapêutico e que influencia na elaboração das ações do cuidado.

Ao refletir sobre a questão norteadora dessa tese: o Centro de Atenção Psicossocial II Damião Ximenes Lopes atende às necessidades de crianças e adolescentes acompanhados pela unidade de saúde? e os resultados obtidos percebe-se que as condições de infraestrutura do CAPS do tipo II Damião Ximenes Lopes é inadequado para o atendimento de crianças e adolescentes favorecendo ao descuido desse público quanto às suas necessidades específicas de abordagem e acompanhamento. Pois, o objetivo dessa modalidade é estruturado para atendimento de adultos, ou seja, as crianças são atendidas como mini adultos e não usufruem de uma ambiência adequada que favoreça a criação de vínculo como os profissionais, conseqüentemente, possam compartilhar de suas necessidades. Ressalto que esse fato poderá estar relacionado às situações de abandono de acompanhamento desse público no CAPS.

Os serviços farmacêuticos, embora houvesse uma avaliação satisfatória resumiu-se a gestão técnica da Assistência Farmacêutica com lista de medicamentos essenciais disponíveis, presença do profissional farmacêutico atuando 40h/semanais e armazenamento dos fármacos de forma segura e em condições idéias de acordo com a Portaria de n. 334/98. Porém, suas atividades se restringiam a dispensação dos medicamentos e à gestão técnica da Assistência Farmacêutica (programação, aquisição e armazenamento) sendo necessária atuar, também, com a Atenção Farmacêutica, participar de grupos operativos com outras categorias profissionais, participar de matriciamento e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizar visita domiciliar, participar de forma dialógica e reflexiva nos momentos de Educação Permanente com os profissionais que atuam no CAPS e dos momentos de Educação em Saúde com os usuários na perspectiva da promoção do uso racional dos medicamentos.

Sobre os profissionais disponíveis observou-se a presença de educador físico, psicopedagogo, terapeuta ocupacional dentre outros que poderiam realizar

atividades lúdicas com as crianças e adolescentes, mas o CAPS do tipo II não dispunha de espaço físico que pudesse ser utilizado. Assim como espaços imprescindíveis para os profissionais que ali atuavam, como, área externa de convivência, sala de reunião e refeitório.

7 CONCLUSÕES

O objetivo do estudo foi atingido, considerando que foi possível caracterizar o atendimento no CAPS do tipo II, pois se conseguiu identificar que o número de atendimento realizado no período do estudo foi cíclico, tanto por ano, como por mês, a população em geral, crianças e adolescentes atendidos concentraram-se na zona urbana.

Na análise do *status* dos prontuários das crianças, observou-se que a maioria estava como ATIVO, ou seja, mantinham acompanhamento com os profissionais do CAPS. Já no *status* dos prontuários dos adolescentes, houve maior quantitativo de INATIVO. E, em busca de averiguar o motivo do INATIVO nos dois públicos (crianças e adolescentes), conclui-se que há o direcionamento para os Centros de Saúde da Família do município de estudo, assim como demais setores da RAPS. Porém, ressaltam-se os casos de abandono, sinalizando a necessidade de estudo para conhecer os motivos para crianças e adolescentes abandonarem o acompanhamento junto ao CAPS.

Outro aspecto foi o quantitativo de HD registrado no atendimento como a maioria, apenas 1 CID e que os transtornos hiper-cinéticos foram mais notificados em crianças. E, nos adolescentes, identificou-se depressão como mais registrada. Enfatiza-se que esse resultado se assemelha a outros estudos citados.

Sobre a infraestrutura do CAPS do tipo II apresentava limitações para atendimento de crianças e adolescentes considerando suas especificidades e necessidades. Assim como a infraestrutura da Farmácia com limitações na gestão e condições de conservação/ armazenamento dos medicamentos. Diante dos resultados percebe-se que o CAPS do tipo II não apresenta condições adequadas para o atendimento de crianças e adolescentes.

Como profissional farmacêutica, percebo o desafio da imersão da minha categoria atuando em uma equipe multiprofissional na saúde mental infantojuvenil sendo necessária uma capacitação para que seja possível seguir a integralidade e necessidade desse público.

Espera-se que os resultados deste estudo possam deflagrar outras pesquisas que venham a aprofundar as discussões sobre a saúde mental infantojuvenil, como caracterização clínica de crianças e adolescentes,

compreendendo farmacoterapia, atuação da equipe multiprofissional, satisfação dos familiares sobre os serviços ofertados no CAPS, dentre outros.

REFERÊNCIAS

- CERVO, M. R. *Entre doces e travessuras: A produção de infância no CAPSi* (Dissertação de mestrado em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS, Brasil). (2010). Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70030>. Acesso em: 25 ago. 2022
- PACHECO, F. P.; GARCEZ, E. M. S. O jogo e o brincar: Uma ação estratégica na promoção da saúde mental. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, 5(1),87-142, 2012. Disponível em: <<https://silو.tips/download/o-jogo-e-o-brincar-uma-ao-estrategica-na-promoao-da-saude-mental>>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- PONTES, M.V.A. Damião Ximenes Lopes: a "condenação da saúde mental" brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica. 2015. 249f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13205>. Acesso em: 25 ago. de 2022.
- SILVA, E. A. R. D. *et al.* O olhar de crianças do CAPSi sobre as relações do cuidar e do brincar. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto , v. 25, n. 4, p. 1637-1651, dez. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- ADAMS, Y.; DREW, N. M.; WALKER, R. Principles of practice in mental health assessment with Aboriginal Australians. **Research OnlineResearch Online**, Australia, 2014. Disponível em: <https://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1712&context=ecuworkspost2013>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- ALMEIDA, A. V.; MELO, H. F. de. Biologia educacional, eugenia e higienismo: o processo de medicalização do espaço escolar no Brasil. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, ano 10, n.13 p. 153-177, 2020.
- ALMEIDA, C.C. **Avaliação dos indicadores do uso de medicamentos na atenção pediátrica das unidades básicas de saúde, em Feira de Santana, Bahia**. 2015. 68 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.
- ALMEIDA, P.M.F.; LAPÃO, L.V. **Inovação em Saúde Mental: os Sistemas de Informação e os Serviços**. 2018. 73f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento) - Universidade NOVA de Lisboa, Portugal, 2018.
- AMARANTE, P. Novas diretrizes: Golpe semântico? **Boletim OAPS/CDV**, Bahia, v.15., 2018. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletins/edicoes/31/>. Acesso em: 2 jan. 2022.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. L.], v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). **O que é o TDAH?** Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acesso em: 29 nov. 2021.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do rio de janeiro, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2334-2346, 2008.

BATISTA, K. A.; OLIVEIRA, P. R. S. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, Minas Gerais, v. 12, n. 3, p. 17, 2017.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 563-569, 2011.

BENTLEY, R. J. *et al.* Housing affordability, tenure and mental health in Australia and the United Kingdom: a comparative panel analysis. **Housing Studies**, [S. l.], v.31, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02673037.2015.1070796>. Acesso em: 16 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução de nº 44 de 17 de agosto de 2009**. Brasília: Diário Oficial da União, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: v. 2 /** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, Seção 1, p. 80-81. 29 jun. 2011a.

BRASIL. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília- DF, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 123. **Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 9, de 20 de fevereiro de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação - 140. **Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona para o Tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação – 2016. **Risperidona no comportamento agressivo em adultos com transtornos do espectro do autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolos e Diretrizes.** 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2017.** Brasília: Ministério da saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução-RDC de nº 304 de 17 de setembro de 2019. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2019a.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.** 2019b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Enquete/Enquete20_Escopo_PCDT_TDAH.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta profissionais CAPS II Damião Ximenes Lopes, Sobral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/2312902424185>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **Consulta Estabelecimentos, Sobral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 8 jul. 2021.

CAMARGO, C.R.; OLIVEIRA, T.M. **Revisão bibliográfica: risco do uso inadequado e indevido dos psicotrópicos no Brasil.** 2013. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, 2013.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 43, p. 967-980, 2012.

CARA, D. Um diálogo entre o ECA e o PNE. *In*: VIEIRA, A. L.; PINI, F.; ABREU, J. (org.). **SALVAR o Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1. ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2015. cap. 9, p. 45.

CARNEIRO, A. V.; COSTA, J. A prescrição fora das indicações aprovadas (off-label): prática e problemas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Portugal, v. 32, n. 9, p. 681-686, 2013.

CARVALHO, E.F. **Perfil de dispensação e estratégias para uso racional de fármacos que atuam no sistema nervoso central**. 2014. 45 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem –) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CARVALHO, M. L. Challenges on *off label* medicine use. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-2, 2016.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. O.; COSTA, F. D.; ANDRADE, H. S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.

CEARÁ. Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social. Corpo de Bombeiros Militar. **Norma técnica de nº 008/2008**. Fortaleza, 2008. Disponível em: <https://www.cepi.cb.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/100/2019/04/NT-008-%E2%80%93-Carga-de-inc%C3%AAndio-nas-edifica%C3%A7%C3%B5es-e-%C3%A1reas-de-risco.pdf>. Acesso em: 24 de nov. 2021.

CEZAR, M. A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2018.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 585**, de 29 de agosto de 2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013. Disponível: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Recomendações de práticas não Medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde: grupo de**

trabalho educação e saúde do fórum sobre medicalização da educação e saúde. São Paulo: CFP, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf. Acesso em: 11 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida – Medicalização da Educação.** 2013. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

CORONEL, A. L. C.; ALMEIDA, L. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SILVA, H. T. H. Utilização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas por médicos da atenção básica. **Interdisciplinary Journal Of Health Education**, Pará, v. 2, n. 2, p. 96-102, 2017. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/344/35>. Acesso em: 01 jan. 2022.

COSTA, A. M.; CADORE, C.; LEWIS, M. dos S. R.; PERRONE, C. M. Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 235-249, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2021.

COSTA, B. S.; MATOS, A. P.; COSTA, J. J. O efeito moderador da satisfação com a vida na associação entre a qualidade da relação pais/filhos(as) e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Portugal, v. 6, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe6/nspe6a07.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CRUZ, B. A.; LEMOS, F. C. S.; PIANI, P. P. F.; BRIGAGÃO, J. I. M. Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 282-292, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/KbDcTzwK8FrWmsJbRgtNsMN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CUBAS, J. M.; VOSGERAU, D. S. R.; CARVALHO, D. R. Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8642/pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1727-1738, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jctBkTgr48Zx59jBCG5zGCJ/abstract/?lang=en>. Acesso em: 11 set. 2021.

DUARTE, T.B. *et al.* TDAH: Atualização dos estudos que trazem diagnóstico e terapêutica baseado em evidências. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Paraná, v.35, n.2, p.66-72, 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210711_102005.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S.; SANTOS, W. S. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvksHzcS7j8LHMqH/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S. Internamento e(sca)ncarado: coexistência da internação psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Paraná, v. 40, n. 1, 2019 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sem/v40n1/a03.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

FERNANDES, L. T. B. *et al.* supported self-care actions for children and teenagers with chronic diseases. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 28, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HmGzFpdKXvP36DD3zxVhWBy/?lang=en>. Acesso em: 11 ago. 2021.

FLAVINA, O.P.; CERQUEIRA, M.B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde mental. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516426&indexSearch=ID>. Acesso em: 2 jul. 2021.

FLECK, M.P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.31, Supl. I, S7-17, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/bJdCdvw3H5hGwzLwVvMPXbp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental município de Florianópolis**. Tubarão: Copiart, 2010.

FRAZATTO, C. F.; BIGATTO, K. R. S. Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec, Canadá. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2019.v29n3/e290315/pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

GODOTI, M. ECA - Avanços e Desafios. *In*: VIEIRA, A. L.; PINI, F.; ABREU, J. (org.). **SALVAR o Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1. ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2015. cap. 2, p. 15-16. Disponível em: https://www.paulofreire.org/eca/e_book_ECA.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

GOMES, F. M. A. *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 244-258, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KZ4mxs7GWPPVmcrctf76Y3d/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 17 ago. 2021.

GONDIM, A. P. S. *et al.* Análise estrutural da atenção pré-natal e do serviço de farmácia em uma região do município de Fortaleza-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 1-10, 2012. Disponível em:

<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2086/2379>. Acesso em: 22 set. 2021.

GOULART, B.N.G.; LUCCHESI, M.C.; CHIARI, B.M. A unidade básica de saúde como espaço lúdico para educação e promoção da saúde infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.20, n.3, p.757-761, 2010. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2021.

GRANDIN, T.; PANEK, R. **O cérebro autista**. [recurso eletrônico]. Tradução de Maria Cristina Torquillo Cavalcanti. Rio de Janeiro: Record, 2015. Disponível em: <http://www.maosemmovimento.com.br/wp-content/uploads/2019/04/Temple-Grandin...pdf>. Acesso em: 6 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/Ministério_da_Saúde/ce/sobral/panorama. Acesso em: 19 set. 2021.

KAPPEL, V. B. *et al.* Professional-family communication in a children's psychosocial care center: practicalities and difficulties. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 29, p. 1-15, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/pBfRZYz784gSsWL6LnJgfBJ/?lang=en>. Acesso em: 11 ago. 2021.

KATZMAN, M. A. *et al.* Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **Bmc Psychiatry**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1-83, 2014. Disponível em:

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>. Acesso em: 16 jan. 2019.

KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. **Farmacologia básica e clínica** [recurso eletrônico]. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=rsw-DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=KATZUNG,+B.+G.+et+al.+Farmacologia+b%C3%A1sica+e+cl%C3%ADnica+%5Brecurso+eletr%C3%B4nico%5D.+13.+ed.+%E2%80%93+Porto+Alegre:+AMGH,+2017&ots=WO4vfOY2pX&sig=rNYRlZLmpvzdUwt0vcBCUtjmkBE#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 jan. 2022.

KENNEDY, S.H.; TREVOR, A. J. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with

Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [S. l.], p. 1-21, 2016. Disponível em: <https://www.cmh.org/sites/default/files/page-assets/programs-services/mental-health-services/mental-health-events-health-care-providers/canmat-pharmacological-39247.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

KINKER, F. S. *et al.* Os desafios da interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde: Notas sobre a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (UNIFESP). **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.12, n.1, p.207-221, 2018. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2036>. Acesso em: 01 jan. 2022.

LAUREANO, F.R.C. **Uso de fármacos que atuam no sistema nervoso central em policiais militares**. 2015. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2015.

LEITÃO, I. B. *et al.* Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 31, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/V7DFNHgMP7Pqcmqy4h8qLvc/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2021.

LIMA, E.S.M. **Percursos entre saúde mental e infância: a construção de itinerários terapêuticos sob a ótica fenomenológica**. 2020. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

LOUREIRO, C. V. *et al.* Uso de medicamentos *off-label* ou não licenciados para pediatria em hospital público brasileiro. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: <http://rbfhss.saude.ws/revista/arquivos/2013040103BR.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2018.

MEIRA, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, p. 136-142, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/Fbgwty4bzXgVTcdqwjFQNHK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2017.

MELO, A. K.; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em Adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 18-34, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xxLzwTVJrHKW7fZkWhQwjJq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil / Notes about the psychiatric reform in Brazil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 4, n. 9, p. 84-95, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692>. Acesso em: 9 out. 2017.

MENTAL HEALTH COMISION OF CANADA. Comission de La Santé Mentale Du Canada. **Guidelines for Comprehensive Mental Health Services for Older Adults in Canada**. 2011. Disponível em:

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/mhcc_seniors_guidelines_0.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

MORAES FILHO, I. M. *et al.* Perfil psicopatológico de atendimentos em serviço de saúde mental do entorno do Distrito Federal. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 262, p. 3633-3637, 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/484/459>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. O. N.; JUCÁ, V. J. S. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FKqjKVvb7RW7qF9wfT3QGxS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Controle e TESTE medicalização da infância. **DESIDADES: Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11-21, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/2456>. Acesso em: 15 fev. 2017.

NASCIMENTO, M.I.C. *et al.* **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

NATIONAL INSTITUTE HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Psychotropic medicines in people with learning disabilities whose behaviour challenges**. 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/advice/ktt19/chapter/Options-for-local-implementation>. Acessado em: 16 jan. 2019.

NEGREIROS, F.; FONSECA, T. S.; COSTA, T. S. Patologização da timidez: concepções de professores do ensino fundamental. **Práxis Educacional**, Bahia, v. 15, n. 36, p. 1-23, 2019. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/5860/4380>. Acesso em: 13 nov. 2021.

NGUYEN, T. *et al.* The effect of Clinical Practice Guidelines on prescribing practice in mental health: A systematic review. **Psychiatry Res.**, Irlanda, v.284, p.112671.

NUNES, M. O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

OLIVEIRA, A.C.; SILVA, C.M.; BAPTISTA, C. R. Infância e medicalização da vida: uma análise sobre a produção diagnóstica e seus nexos com os processos de

escolarização. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, São Paulo, p. 2803-2819, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/14559>. Acesso em: 20 abr. 2021.

OLSCHOWSKY, A. *et al.* Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Hd4BZwsYDKY3h3wgBgmnsC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Depressão**. Washington: OPAS, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Implementação da estratégia regional e plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem 2010-2018**. Washington: OPAS, 2018.

PAGLIACE, A. G. *et al.* Evaluation of care for children and adolescents users of psychoactive substances: potentiality and fragilities. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 28, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XjvhZkXj5v35fXXgbDQWhTx/?lang=en#>. Acesso em: 11 set. 2021.

PASINI, A. L. W. *et al.* Suicídio e depressão na adolescência: fatores de risco e estratégias de prevenção. **Research, Society And Development**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 1-28, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2767/2131>. Acesso em: 08 nov. 2021.

PAULA, C.S.; DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 11-17, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wq7zT7vwbFQZSzf36gCFfZq/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D.C.L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 6-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gGbWgTL48rDvvJd3kq8qp6K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2021.

PINI, F.R.O. Estatuto da Criança e do Adolescente, 25 anos de história. *In*: VIEIRA, A. L.; PINI, F.; ABREU, J. (org.). **SALVAR o Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2015. cap. 1, p. 11-12. Disponível em: https://www.paulofreire.org/eca/e_book_ECA.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

PINTO, A. V. L. *et al.* Depressão e adolescência: relação com qualidade de vida e bem-estar subjetivo. **Revista de Psicologia da Imed**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 2, p. 1-16, 2018. Disponível em:

<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2752>. Acesso em: 10 set. 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, EUA, v. 29, ed. 5, p. 489-497, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16977646/>. Acesso em: 17 set. 2020.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, S. B. **Estudo comparativo entre antipsicóticos atípicos no tratamento da esquizofrenia e sua influência na qualidade de vida dos pacientes**. 2015. 77f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Rio Grande Norte, Natal, 2015.

ROBERTS, R. *et al.* Improving the physical health of people living with mental illness in Australia and New Zealand. **The Australian Journal of Rural Health**, Austrália, n.26, p.354-362, 2018.

ROHDE, L. A.; BUITELAAR, J. K.; GERLACH, M.; FFARAONE, S.V. **The World Federation of ADH Guide**. São Paulo: Artmed Editora Ltda, 2019.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1045-1058, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CCLZfQcMxzpfjRG3Nst9WSM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2021.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A.T.A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/56hWVSkWPtnWTGrjVB6qWGS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo clínico: Transtornos Hipercinéticos**. 2015a. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9188-transtornos-hipercineticos/file>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SANTA CATARINA. Rede Atenção Psicossocial. **Transtornos depressivos: protocolo clínico**. 2015b. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9191-transtornos-depressivos-clinico/file>. Acesso em: 09 nov. 2021.

SANTOS, G. B. V. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghtsdXJq9gf/?lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SANTOS, L.B.; PEREIRA, A.I.S.; NEGREIROS, F. Ensino profissional e tecnológico e medicalização das queixas escolares: Representações sociais docentes. **Educando para Educar**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 25-37, 2020. Disponível em: <https://beceneslp.edu.mx/ojs2/index.php/epe/article/view/57/56>. Acesso em: 13 nov. 2021.

SERRADILHA, A.F.Z.; GOMES, G.D.; REAL, J.A.V. Aspectos da saúde mental e necessidades de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **CuidArte Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 62-68, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1027859>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SERRANO-TRONCOSO, E.; GUIDI, M.; ALDA-DÍEZ, J.A. ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. **Actas Espanolas de Psiquiatria**, Espanha, v. 41, n. 1, 2013. Disponível em: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-44-51-322427.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

MELO, A.K; SIEBRA, A.J; MOREIRA, V. Depression in Adolescents: Review of the Literature and the Place of Phenomenological Research. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, 37(1), Jan-Mar, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>. Acesso em: 07 dez. 2021.

SILVA, E. A. R. D. *et al.* O olhar de crianças do CAPSi sobre as relações do cuidar e do brincar. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1637-1651, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/RTHJWFD4rLm35b8rh3VxWPq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2021.

SILVA, E. K. B. Política de saúde mental no Brasil: alguns apontamentos. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 53, p. 172-184, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025323>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, H. C.; GHAZZI, M. S. Diagnóstico na Infância: quais as implicações possíveis? **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 20, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/33989/29998>. Acesso em: 09 set. 2021.

SILVA, N. *et al.* Desafios na Operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 25, p. 1-15, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/cgbcddgpFwWTD4J3K6XGh6gv/?lang=pt#>. Acesso em: 21 set. 2021.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CLZvbVWMtQNkLT7q7MXtDMq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

SILVA, S.N.; LIMA, M.G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos centros de atenção psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y6ddvDrRBkBQS9mZdQZV5zB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SILVA, T. A.; SILVA, A. S.; MARTINS FILHO, I. E.; NERY, A. A.; VILELA, A. B. A. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Avances en Enfermería**, Colombia, v. 38, n. 3, p. 380-386, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1141306>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, T. O.; IGUTI, A. M. Medicamentos psicotrópicos dispensados em unidade básica de saúde em grande município do estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1726–1737, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/216>. Acesso em: 14 dez. 21.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 61-72, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-90442013000200005&script=sci_abstract. Acesso em: 17 jul. 21.

SOBRAL. Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia. **Residências Médicas e Multiprofissionais**. Disponível em: <https://blogdaescolasaudesobral.blogspot.com/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SOBRAL. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Especializada Rede de Atenção Integral à Saúde Mental – RAISM. **Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio**. 2018. Disponível: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/12/20190213-Plano-Municipal-de-Prevencao-e-Posvencao-do-Suicidio-SOBRAL.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SOBRAL. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Especializada Rede de Atenção Integral à Saúde Mental – RAISM. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral) CAPS Damião Ximenes Lopes**. 2021. Disponível em: <http://saude.sobral.ce.gov.br/atencao-especializada/centro-de-atencao-psicossocial-CAPS do tipo II>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL. Políticas de Saúde Mental. **Guia essencial para jornalista sobre saúde mental**. 2016. Disponível em: https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-informe_mente-201609.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

SOUSA, F. S. P. de; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZXdDcTXSsJjtXbph5SZHwcr/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

SOUZA, L. D. *et al.* Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 261-266, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/YMzKZbgdk8nY3YPZ4xyLrjH/?lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2021.

TEIXEIRA, L. A. *et al.* Mental health needs of adolescents and the nursing cares: integrative review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 29, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sxfq53q5mHTcVrXRmmXdKSp/?lang=en>. Acesso em: 10 ago. 2021.

TEIXEIRA, L.S.M. **Contribuição do tratamento com fármacos antiepiléticos para o declínio cognitivo na epilepsia**. 2015. 61 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Lusófona Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VCn89NmqxjJyhpTQqD8fWvg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2020.

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G.M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/L3j6bTTtvSK4W9Npd7KQJNB/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2018.

TREGA, B. P. W.; MARTINS, J. S.; SILVA, R. B. Políticas Públicas de Saúde Mental Infante-Juvenil: Da Baixa Assistência à Estratégia de Apoio Matricial. **Revista Mosaico**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 10-16, 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1921/1252>. Acesso em: 10 set. 2021.

VICENTE, J. B.; HIGARASHI, I. H.; FURTADO, M. C. de C. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-114, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MYL39MFZzmv9PnHyGyNKtyP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIZOTTO, L. P.; FERRAZZA, D.A. Educação medicalizada: Estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de saúde. **Estudos de Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1013-1032, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 set. 2021.

WILLIAMS, J. B. W.; FIRST, M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. **Encyclopedia Of Social Work**, Oxford, p. 103-106, 2013. Disponível em: <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-104>. Acesso em: 15 jul. 2020.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 248-258, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7977/pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **Western Journal Of Nursing Research**, Estados Unidos, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945903252998>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ZANELLA, M.; LUZ, H. H. V.; BENETTI, I. C.; ROBERTI JÚNIOR, J. P. Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Portugal, n. 15, p. 1-18, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/854f/8cdab46a2a4f0cab5aeaba4840213d645005.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE DOCUMENTOS



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

Eu Olíndina Ferreira Melo, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto intitulado: USO RACIONAL DOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE SIGNOS, SIGNIFICADOS E PRÁTICAS NA SAÚDE MENTAL INFANTIL, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários das crianças que fazem uso de psicotrópicos e acompanhadas no Centro Apoio Psicossocial (CAPS-Geral), bem como a privacidade dos seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito aos dados da criança, características sócias demográficas do cuidador; características do acompanhamento terapêutico e características do acompanhamento medicamentoso com análise de prescrição, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2017.

Sobral, 29 de Agosto de 2018.

NOME	CPF	RG	ASSINATURA
OLÍNDINA FERREIRA MELO	430.669.843-20	92037023426	<i>Olíndina Ferreira Melo</i>
ANA PAULA SOARES OLÍNDIA	367.508.75300	94019004663	<i>Ana Paula Soares Olíndia</i>

*(TODOS OS PESQUISADORES QUE TERÃO ACESSO AOS DOCUMENTOS DO ARQUIVO DEVERÃO TER O SEU NOME e RG INFORMADOS E TAMBÉM DEVERÃO ASSINAR ESTE TERMO. SERÁ VEDADO O ACESSO AOS DOCUMENTOS A PESSOAS CUJO NOME E ASSINATURA NÃO CONSTAREM NESTE DOCUMENTO).

**ANEXO A - CHECKLIST SOBRE A INFRAESTRUTURA DO CAPS II DAMIAO
XIMENES LOPES**

AMBIENTE
Espaço de acolhimento.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Sala de atendimento individualizado.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Sala de atividades coletivas.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Espaço interno de convivência (Área de estar para paciente, acompanhante de paciente e estagiário).() Sim () Não. Se sim, quantos?
Espaço lúdico destinado para criança () Sim () Não. Se sim, quantos?
Sala multiuso.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Sanitário PNE público masculino (deficiente ou mobilidade reduzida). () Sim () Não. Se sim, quantos?
Sanitário PNE público feminino (deficiente ou mobilidade reduzida). () Sim () Não. Se sim, quantos?
Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação).() Sim () Não. Se sim, quantas?
Posto de enfermagem.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Quarto de Plantão (Sala de Repouso Profissional).() Sim () Não. Se sim, quantos?
Banheiro Contíguo ao Quarto de Plantão.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Sala Administrativa.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Sala de Reunião.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Almoxarifado.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Arquivo.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Refeitório.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Cozinha.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Banheiro com vestiário para funcionários.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Depósito de material de limpeza (DML)() Sim () Não. Se sim, quantos?
Sala de Utilidades.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Área de Serviços.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Área externa de convivência.() Sim () Não. Se sim, quantas?

Área externa para embarque.() Sim () Não. Se sim, quantas?
Abrigo externo de resíduos comuns.() Sim () Não. Se sim, quantos?
Abrigo GLP (abrigo de botijão de gás).() Sim () Não. Se sim, quantos?

Fonte: Brasil, 2015c.

**ANEXO B - CHECKLIST SOBRE A INFRAESTRUTURA DA FARMÁCIA DO CAPS
II DAMIAO XIMENES LOPES**

CATEGORIA ANALÍTICA	DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
Gestão do serviço de Farmácia	Presença do farmacêutico. Atividades do farmacêutico voltadas às crianças e adolescentes. Farmácia informatizada		
Disponibilidade dos medicamentos essenciais às crianças e adolescentes	Lista de medicamentos essenciais às crianças e adolescentes		
Condições de conservação e armazenamento dos medicamentos da Farmácia	Ambiente da farmácia limpo, sem poeira ou sujeira aparente		
	Piso conservado		
	Teto conservado		
	Balcões conservados		
	Paredes conservadas		
	Paredes de cor clara lavável		
	Método para controlar a temperatura (ex. espaço entre o telhado e o teto em climas quentes, refrigerador de ar etc.)		
	Ventilação suficiente: janelas que possam ser abertas, saídas de ar (respiradouros, exaustores).		
	Produtos protegidos da ação direta da luz solar (ex. os vidros das janelas estão cobertos ou há cortinas para proteger do sol)		
	Área livre de umidade (sem goteiras no telhado ou teto, torneiras, infiltração nas paredes e/ou teto, etc)		
	Medicamentos estocados sem contato direto com o solo		
	Medicamentos estocados sem contato direto com a parede		
	Geladeira para conservação a frio.		
	Termômetro e mapas para controle de temperatura no estabelecimento		
Medicamentos armazenados por ordem alfabética, forma farmacêutica, classe terapêutica ou por ordem de vencimento			
Programa de sanitização (desratização, desinsetização etc)			
Equipamento de segurança para combater incêndios (extintores, mangueiras)			
Armário com chave para controlados			
Sinalização para acesso à farmácia			
Instalação elétrica apropriada			

Fonte: Gondim *et al*, 2015.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE PSICOTRÓPICOS E PROBLEMAS DE FORMULAÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CEARÁ

Pesquisador: ANA PAULA SOARES GONDIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58489716.1.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.684.517

Apresentação do Projeto:

Os pressupostos metodológicos definidos para essa pesquisa incidem em duas vertentes, observacional e pesquisa-ação. A vertente observacional analisa o uso de psicotrópicos e repercussões da população infantil atendidas na atenção psicossocial e na atenção primária à saúde. A vertente da pesquisa-ação desenvolverá duas tecnologias, piloto para o desenvolvimento de placebos e medicamentos apresentados na forma e dose adequados para uso em pediatria e práticas educativas para lidar com o uso racional de psicotrópicos frente à visão dos atores chaves (profissionais de saúde, crianças e familiares) (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a problemática do uso de psicotrópicos em crianças atendidas na rede de saúde pública de Fortaleza, Ceará, com ênfase nos aspectos farmacêuticos das preparações prescritas e desenvolver tecnologias/intervenções para minimizar as dificuldades encontradas.

Objetivo Secundário:

1. Estimar a prevalência da prescrição de psicotrópicos e de fatores associados entre crianças atendidas na rede de atenção psicossocial e na atenção primária à saúde.
2. Analisar a prescrição segundo os componentes legais, sociais, culturais e institucionais em

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.684.517

relação às crianças que iniciam atendimento na rede de atenção psicossocial e na atenção primária à saúde.

3. Avaliar a relação entre o uso de medicamentos psicotrópicos em crianças e as variáveis demográficas, socioeconômicas, familiares e de utilização de serviços de saúde.
4. Estimar a incidência dos Problemas Farmacêuticos (PF) que surgem a partir da prescrição de psicotrópicos em crianças atendidas na rede de atenção psicossocial e na atenção primária à saúde.
5. Descrever os problemas relativos às formas farmacêuticas e formulações dos medicamentos prescritos (Problemas Farmacêuticos).
6. Avaliar a relação entre os Problemas Farmacêuticos com a prescrição, dispensação, administração e o uso do medicamento a partir do itinerário terapêutico construído pelas crianças e familiares.
7. Analisar a atenção psicossocial através da prescrição de uso psicotrópicos, desde o processo de trabalho à sua inserção do projeto terapêutico segundo os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção psicossocial e na atenção primária à saúde.
8. Capacitar os atores envolvidos sobre informações produzidas pelo estudo a fim de modificar a realidade apreendida considerando as evidências científicas das informações sobre os psicotrópicos e suas implicações no processo de medicalização e desmedicalização, aplicando metodologia ativas como oficinas e rodas de conversa.
9. Desenvolver soluções farmacotécnicas para os Problemas Farmacêuticos (PF) encontrados.
10. Desenvolver um piloto para o desenvolvimento de placebos para o uso clínico de psicotrópicos em situações de "desmame" com finalidade de desmedicamentar a criança.
11. Avaliar junto ao público alvo a efetividade das tecnologias desenvolvidas e o uso racional de psicotrópico para as crianças nos CAPS-i.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto de pesquisa apresenta como riscos a possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem no diálogo que envolvem questões pessoais e sociais ao expor as experiências com os seus filhos ou familiares. A possibilidade dos participantes se atrasarem ou não comparecerem no dia programado do grupo focal em virtude de interferências de ordem pessoal, familiar e laboral. Possível interferência nas atividades laborais dos profissionais de saúde ou coordenadores dos CAPS-i, ocasionando atraso em atendimentos e consultas aos usuários do serviço.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ**



Continuação do Parecer: 1.684.517

Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta como benefícios desenvolver orientações adequadas para lidar com o uso crônico dos psicotrópicos; contribuir para a melhoria do atendimento das crianças inseridas nos serviços de saúde mental infanto-juvenis e na atenção primária à saúde do município de Fortaleza e, os profissionais, crianças e responsáveis de forma proativa na condução do tratamento de suas crianças com maior participação nas consultas nos grupos focais. Os participantes da pesquisa serão informados sobre os benefícios em relação à pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_725233.pdf	08/08/2016 21:01:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoCEP2.pdf	08/08/2016 19:52:02	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Investigador				
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoMarina.pdf	08/08/2016 19:50:45	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoAnaCrisitina.pdf	08/08/2016 19:21:06	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Outros	LattesAPSGondim.pdf	08/08/2016 17:01:49	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Outros	cartasolicitacao.pdf	08/08/2016 16:58:50	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/08/2016 16:58:14	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.684.517

Cronograma	cronograma.pdf	08/08/2016 16:57:39	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	08/08/2016 16:44:33	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoIngrid.pdf	08/08/2016 16:43:55	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclacaoEmanuela.pdf	08/08/2016 16:43:41	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_preenchida.pdf	08/08/2016 16:40:37	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoJurema.pdf	04/08/2016 22:41:12	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	04/08/2016 22:06:08	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoSaid.pdf	10/06/2016 22:01:33	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoHelenaCoelho.pdf	10/06/2016 22:00:45	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoDejanilson.pdf	10/06/2016 22:00:32	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoAnaPaula.pdf	10/06/2016 22:00:21	ANA PAULA SOARES GONDIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Agosto de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0174/2018

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado: USO RACIONAL DE PSICOTRÓICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE SIGNOS, SIGNIFICADOS E PRÁTICAS NA SAÚDE MENTAL INFANTIL, da doutoranda Olindina Ferreira Melo sob a orientação da Profª Drª. Ana Paula Soares Gondim.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado e após sua apreciação, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral AUTORIZA a realização da coleta de dados no Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes (CAPS Geral), mediante pactuação prévia entre as pesquisadoras e a coordenação da Rede de Atenção Psicossocial de Sobral, no que tange à definição dos melhores dias, horários, local adequado para coleta dos dados e orientações cabíveis quanto à abordagem aos participantes do estudo. Compete à coordenação do CAPS Geral intermediar o convite aos familiares e profissionais do serviço, bem como monitorar a coleta de dados, preferencialmente no serviço de saúde, uma vez que não será permitido informar dados dos domicílios dos usuários.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga as pesquisadoras de solicitar anuência a cada participante do estudo, devendo estes serem convidados a participar, mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assesntimento. Esta prerrogativa de baseia nas determinações éticas proposta ela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética e Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a

Código de Validação: PP92271541428301F

Emitido em: Sobral, 05 de Novembro de 2018, às 11:31, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasabola.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

qualquer momento da pesquisa. Ressalta-se ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar a esta comissão científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Para quaisquer dúvidas, entrar em contato com a Comissão Científica por meio do telefone 3614-5520 ou pelo e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 02 de Novembro de 2018

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO E – RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO CAPS II DAMIÃO XIMENES LOPES, NO PERÍODO DA PESQUISA

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Listagem de Profissionais

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Data: 08/07/2021

CNES: 2424185 Nome Fantasia: CAPS II DE SOBRAL DAMIAO XIMENES LOPES CNPJ Próprio: --
Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Cestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CNPJ Mantenedora: 07.598.634/0001-37 Nome da Mantenedora: PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
Cadastro em: 13/05/2004 Data da última atual. base local: 15/01/2021 Data da última atual. base nacional: 06/07/2021

Nome	CNS	CBO	SUS Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Hosp.	CHS Total
ADILIA OLIVEIRA ALVES BEZERRA	707604295494395	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	PUBLICO		0	40	40
ALANA CAROLINA VINJUTO	700002325689409	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	NAO SE APLICA		20	0	20
ALICE AGUIAR TEIXEIRA	706002351703247	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	SERVIDOR PUBLICO		0	20	20
ALYSSON DA GAMA MENDES	700800444419486	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA	SIM	RESIDENCIA	PROPRIO		0	20	20
ANA LUISA BARBOSA PORDEUS	703407005786100	2231F1 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	20
ANA MARIA CARVALHO SILVA	700007282297104	514120 - ZELEDOR DE EDIFICIO	SIM	INTERMEDIADO	NAO SE APLICA		44	0	44
ANA MARIA MOURA SILVA	701807207697479	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	RESIDENCIA	PROPRIO		0	20	20
ANA PATRICIA CAMILO DIAS	700006023232901	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	NAO SE APLICA		0	40	40
ANA THIENA APOLIANO GOMES DA SILVA	700009076542908	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	RESIDENCIA	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	20
ANDRE DE MESQUITA NASCIMENTO	700005999738156	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	NAO SE APLICA		0	20	20
ANNA LUIZA ALVES BITTENCOURT	700003178277901	251610 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	RESIDENCIA	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	20

Total de profissionais 11

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ANTONIA ANDREZA DOS SANTOS SOBRINHO	702607254732340	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	0	42	42
ANTONIA ESMERINA DE SOUZA	707607254842391	516210 - CUIDADOR DE IDOSOS	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
ANTONIO CARLOS ALVES PEREIRA	980016289459207	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
ARISTIDES PARENTE DA PONTE FILHO	207281081480007	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CARGO COMISSOINAD	SERVIDOR PUBLICO		0	40	0	40
BARBARA DUARTE DE CARVALHO	706801277094922	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
BARBARA LOBO PAZ	702607781153745	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
CAMILLA PARENTE ROCHA VASCONCELOS	980016288792115	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
CARLOS HENRIQUE LINHARES RIPARDO	703404232398711	223505 - ENFERMEIRO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
CATARINA FELIJO MACIEL	706905166664332	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	20	0	20
CLARA DE MARIA OLIVEIRA LOPES	700206487076522	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
CLARICE DE LIMA BARROS	700508148619654	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
CLARICE SILVA XAVIER	709202274278233	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
DANIEL ARAUJO DE QUEIROZ	706801746657924	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		20	0	0	20
DAVID CASSIO RIBEIRO VASCONCELOS	704006829623163	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO	Artigo 2º-	0	20	0	20
DEBORA MARIA XIMENES FONTENELE	700406491061949	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
DIMAS SAMPAIO CAVALCANTE	700006050336407	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40

Total de profissionais 27

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
DOUGLAS PRADO ARAUJO	700002386499903	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	20	0	20
EVERTON PEREIRA VIEIRA	706301747609871	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA, BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
EZEQUIEL PEDROSA DE PAULA	702808672065267	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
FELIPE DIOGO GONCALVES DO NASCIMENTO	700405948883850	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	44	0	44
FERNANDA REGIA DA SILVA	700509743295151	422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
FERNANDO DO NASCIMENTO CAETANO	204326424840004	791115 - ARTESAO COM MATERIAL RECICLAVEL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	20	0	20
FRANCISCA DA CONCEICAO FROTA ALBUQUERQUE	980016296292885	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
FRANCISCA FERNANDA SILVA	980016000464404	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
FRANCISCO ALEXSANDRO PAIVA MESQUITA	980016000330001	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
FRANCISCO ANNIELTON BORGES SOUSA	980016299167389	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
FRANCISCO EDUARDO SILVA DE OLIVEIRA	700106902469410	223505 - ENFERMEIRO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
FRANCISCO ESTEVAO ARAUJO ALBUQUERQUE	701106893205680	223505 - ENFERMEIRO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
FRANCISCO GRUALBA GRACIANO DE SOUZA	705000261592454	517420 - VIGIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
FRANCISCO RONDINELE DUARTE ALVES	706802713344626	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
HEDINA RODRIGUES DE SOUSA	70000222313700	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
ILANA SANTOS ALVES	701201042323411	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20

Total de profissionais 43

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
IOLLANDA FREIRE COSTA BELCHIOR	700007301602000	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	20	0	20
IZABETE ALVES DA SILVA	20728106326004	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
JESSICA FERNANDES LOPES	700209531159129	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
JONAS MENDES OLIVEIRA	701409607174932	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
JOSE FEDERALINO DE ARAUJO	704800039865649	517420 - VIGIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
JOSE GARCIA DE SOUSA	70430636985196	223405 - FARMACEUTICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
JOSIELLY VITORIA FONTES FAUSTINO	700001920066904	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		20	0	0	20
JULIANA MOITA LEAO	709708045910390	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
JULIANE BRAGA DA SILVA	700003541252809	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
KARLA DA SILVA MACHADO	703102656158190	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
KAROLYNE BRAGA MOREIRA	702600706024945	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
KEYLLER ENNE HOLANDA SANTOS	705602446984212	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
LEANDRO DE LYRA LEMOS	705009445319155	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
LIDIANE ALMEIDA MOURA	700609394142288	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
LUAN ROMARIO VASCONCELOS ALVES	705208106945241	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
LUCIA MARIA ALVES GALDINO	204326423520006	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40

Total de profissionais 59

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
LUCIGLEYSON RIBEIRO DO NASCIMENTO	706803219205921	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
MARIA APARECIDA MENDES	170156056840006	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
MARIA DE FATIMA SALES DE OLIVEIRA	700201448562425	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
MARIA DE LOURDES SENA DA SILVA	980016285061217	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
MARIA DO ROSARIO SOUSA COSTA LOPES	206633860330000	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	0	40	40
MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA	70820086137947	514120 - ZELADOR DE EDIFICIO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
MARIA MARTA FERNANDES DE MESQUITA	204326427350008	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
MARIA SUZANA DE SOUZA CASTRO	705405423138193	791115 - ARTESAO COM MATERIAL RECICLAVEL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
MARILIA DE SOUSA FROTA	705606455464311	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44
MIKKAEL DUARTE DOS SANTOS	980016289591197	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CARGO COMISSONAD	SERVIDOR PUBLICO		0	20	0	20
MONICA SALES FARIAS	701006852131990	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
NARCELI AMERICA DE ALENCAR AZEVEDO	9800162833867052	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CARGO COMISSONAD	SERVIDOR PUBLICO		0	40	0	40
PAMELLA PONTE MENDES	706802730851921	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	SUBSIDIADO POR OUTRO		0	20	0	20
PEDRO BALBINO DA SILVA	705002820001015	517420 - VIGIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
RAIMUNDA AZEVEDO SALES	204326425000002	514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
RAIMUNDA LOPES DO NASCIMENTO	702509223568140	513425 - COFEIRO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		44	0	0	44

Total de profissionais 75

Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
REJANE AMARAL CORREA	126744891990000	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	20	0	20
ROSEANE ROCHA ARAUJO	960016289463166	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CARGO COMISSOANAD	SERVIDOR PUBLICO		0	40	0	40
SABOIA XIMENES NETO	703601062030337	516210 - CUIDADOR DE IDOSOS	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
SERGIO RODRIGUES DUARTE	960016279452664	223505 - ENFERMEIRO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
SILVANA GERTRUDES MONTE PESSOA	701203019531110	411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
STENIO DA SILVA OLIVEIRA	708102883963710	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
TERESA CRISTINA DAMASCENO MOREIRA	704604728740430	516220 - CUIDADOR EM SAUDE	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		0	40	0	40
VALDECI SALES DE OLIVEIRA	702001865506782	517420 - VIGIA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
VALDELIA XAVIER FROTA	960016286662907	521130 - ATENDENTE DE FARMACIA BALCONISTA	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
VALDIANNE ARAGAO SILVA	702404006456023	251510 - PSICOLOGO CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		0	40	0	40
VANESSA CARVALHO LIMA	701003901824392	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PROPRIO		0	20	0	20
VANESSA DE OLIVEIRA CONCEICAO	700509357963467	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CARGO COMISSOANAD	SERVIDOR PUBLICO		0	40	0	40
VICENTE BEZERRA LINHARES NETO	708600027936389	225133 - MEDICO PSQUIATRA	SIM	VINCULO EMPREGATICO	CARGO COMISSOANAD	SERVIDOR PUBLICO		0	20	0	20
WALTER PAULO GOMES MELO	704806575961344	411005 - AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL	SIM	INTERMEDIADO	CELETISTA	NAO SE APLICA		40	0	0	40
Total de profissionais	89										

ANEXO F - LISTA DE MEDICAMENTOS DO CAPS II DAMIÃO XIMENES LOPES



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
Secretaria Municipal de Saúde de Sobral
CAPS II DE SOBRAL DAMIAO XIMENES LOPES

Dispensações Consolidadas

Emitido em 08/07/2021 13:29:20

ALMOXARIFADO: CAPS II DE SOBRAL DAMIAO XIMENES LOPES - FSC - Farmácia Satélite

Central

GRUPO:

SUBGRUPO:

ITEM:

PERÍODO: De 01/06/2021 até 30/06/2021

Produto	Unidade	Dispensado
ÁCIDO VALPRÓICO (VALPROATO DE SÓDIO) 500 MG COMPRIMIDO	CP	7459
ÁCIDO VALPRÓICO (VALPROATO DE SÓDIO) 50 MG/ML XAROPE 100 ML	FRS	77
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	CP	4578
BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG COMPRIMIDO	CP	2866
CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO	CP	1249
CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL 100 ML	FRS	15
CARBONATO DE LÍTIO 300 MG COMPRIMIDO	CP	6484
CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	CP	30
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	CP	1726
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML GOTAS	FRS	182
CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO	CP	8353
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG COMPRIMIDO	CP	4031
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	CP	1242
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	FRS	5
DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	CP	3059
FENITOÍNA SÓDICA 100 MG COMPRIMIDO	CP	497
FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	CP	180
FENOBARBITAL 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	FRS	10
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20 MG CÁPSULA	CAP	8354
HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO	CP	472
HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	FRS	55
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	CP	1410
HALOPERIDOL, DECANOATO 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 ML	AMP	170
IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDO	CP	30
IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	CP	202
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG CÁPSULA	CAP	1537
PAROXETINA, CLORIDRATO 20 MG COMPRIMIDO	CP	1762
PERICIAZINA 4 % SOLUÇÃO ORAL 20 ML	FRS	138
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	CP	2961
RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDO	CP	4153
RISPERIDONA 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 30 ML	FRS	50
RISPERIDONA 2 MG COMPRIMIDO	CP	70
RISPERIDONA 3 MG COMPRIMIDO	CP	4573
VENLAFAXINA, CLORIDRATO 75 MG COMPRIMIDO	CP	3698

ANEXO G – CADASTRO CNES DO CAPS II DAMIÃO XIMENES LOPES

CNES | Cadastro Nacional de
Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 08/07/2021

CNES: 2424185 Nome Fantasia: CAPS II DE SOBRAL DAMIAO XIMENES LOPES CNPJ: --
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: RUA TABELIAO ANTONIO ALMEIDA Número: 205 Complemento: --
 Bairro: CENTRO Município: 231290 - SOBRAL UF: CE
 CEP: 62010-200 Telefone: 36113414 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 11
 Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL Subtipo: CAPS II Gestão: MUNICIPAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROSEANE ROCHA ARAUJO
 Cadastrado em: 13/05/2004 Atualização na base local: 15/01/2021 Última atualização Nacional: 06/07/2021

Horário de Funcionamento:

Dia semana	Horário
SEGUNDA-FEIRA	07:00 às 17:00
TERÇA-FEIRA	07:00 às 17:00
QUARTA-FEIRA	07:00 às 17:00
QUINTA-FEIRA	07:00 às 17:00
SEXTA-FEIRA	07:00 às 17:00

Data desativação: --

Motivo desativação: --